

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912 — N° 70.

RÉSULTATS DÉFINITIFS
VITAUX, ORTHOPÉDIQUES ET FONCTIONNELS
DE
LA RÉSECTION DE LA HANCHE
POUR COXO-TUBERCULOSE, CHEZ L'ENFANT
(Statistique de 66 résections.
Résultats contrôlés de 10 à 27 ans après.)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emmanuel VINCENT

Ancien interne des hôpitaux de Lyon
et de la Maternité de la Charité.

Né à Lyon, le 13 août 1879.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine 25
PARIS

1911

RÉSULTATS DÉFINITIFS
VITAUX, ORTHOPÉDIQUES ET FONCTIONNELS
DE
LA RÉSECTION DE LA HANCHE
POUR COXO-TUBERCULOSE, CHEZ L'ENFANT

(Statistique de 66 résections.

Résultats contrôlés de 10 à 27 ans après.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0032

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 70.

RÉSULTATS DÉFINITIFS

VITAUX, ORTHOPÉDIQUES ET FONCTIONNELS

DE

LA RÉSECTION DE LA HANCHE

POUR COXO-TUBERCULOSE, CHEZ L'ENFANT

(Statistique de 66 résections.

Résultats contrôlés de 10 à 27 ans après.)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emmanuel VINCENT

Ancien interne des hôpitaux de Lyon
et de la Maternité de la Charité.

Né à Lyon, le 13 août 1879.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.	}	X...
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	}	POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLI ZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	}	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	}	X...
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
	}	PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MORFAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRET N.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;

MM. BÉRARD et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A mon Père :

Le Docteur EUGÈNE VINCENT

Ex-chirurgien-major de la Charité,
Professeur agrégé à la Faculté.

MEIS ET AMICIS

A mon Président de thèse :

Monsieur le Professeur PONCET

A Monsieur le Professeur agrégé NOVÉ-JOSSERAND

Qui nous a fait le grand honneur et
le plaisir de faire partie de notre jury
de thèse.

A Monsieur le Professeur agrégé COMMANDEUR

A qui nous devons les observations
de trois anciennes réséquées au point
de vue obstétrical.

A MES JUGES

A mes Maîtres dans les hôpitaux :

EXTERNAT

- M. le Docteur BÉRARD (chirurgie infantile) ;
- M. le Docteur VILLARD ;
- M. le Docteur VALLAS ;
- M. le Docteur GAREL (oto-rhino-laryngologie) ;

INTERNAT PROVISOIRE

- M. le Docteur JOSSERAND ;
- M. le Professeur LÉPINE ;
- M. le Docteur NOVÉ-JOSSERAND (chirurgie infantile) ;
- M. le Professeur ROLLET (ophtalmologie) ;
- M. le Professeur WEILL (médecine infantile) ;

INTERNAT

- M. le Docteur CADE ;
- M. le Docteur BONNET ;
- M. le Docteur BÉRARD ;
- M. le Professeur VALLAS ;
- M. le Professeur PIC ;
- M. le Docteur ALBERTIN (gynécologie) ;
- M. le Docteur VIGNARD (chirurgie infantile) ;
- M. le Docteur COMMANDEUR (Maternité de la Charité).

A mes Maîtres à la Faculté :

MÉDECINE OPÉRATOIRE

M. le Professeur M. POLLOSSON, professeur de médecine opératoire ;

M. le Professeur agrégé TIXIER, chef des travaux.

*En toutes choses, il faut
considérer la fin.*

LA FONTAINE.

INTRODUCTION

Nous ne voulons pas refaire ici l'historique complet de la résection de la hanche. Nous rappellerons seulement et très rapidement les fortunes diverses qu'a eues cette intervention. D'abord accueillie avec méfiance, puis pratiquée à tort et à travers par des chirurgiens audacieux qui en firent un abus considérable, surtout en Allemagne, elle fut, en conséquence de résultats déplorables, l'objet d'une proscription exagérée, trop arbitraire, qui pèse sur elle depuis plus de vingt ans, et qui semble définitive, du moins dans les sphères officielles de la chirurgie infantile.

Le dernier écho retentissant, et bien parisien, des discussions entre interventionnistes et abstentionnistes, date de 1899, et a eu pour théâtre la Société de chirurgie de Paris. La discussion fut chaude. Défendue avec conviction par Ch. Nélaton, Schwartz, avec exagération par Felizet, avec pondération par Ménard, la résection de la hanche fut, malgré tout, condamnée, ex cathedra, par Kirrnisson, suivi de Brun, Reynier, Calot, Broca.

M. Kirrnisson invoque le résultat global de statistiques anciennes de résections, et le fait, que dix anciens réséqués, venus lui demander des appareils à sa clinique d'orthopédie, n'étaient pas guéris ou avaient un mauvais

résultat orthopédique. Et il rejette la résection, parce qu'elle a une gravité incontestable; parce qu'elle ne guérit pas sûrement, laissant souvent persister des fistules; enfin, parce que ses résultats sont inférieurs aux résultats de la méthode conservatrice, au point de vue orthopédique.

C'est ce résultat que considère M. Auguste Broca (1) : « Le résultat orthopédique, dit-il, doit être mauvais. La résection est déplorable chez l'enfant. Le résultat fonctionnel aboutira trop souvent à un désastre tel, que vous aurez voué définitivement à l'usage de béquilles des enfants qui, traités autrement, auraient presque sûrement marché sans canne. » Et, à l'appui de cette affirmation, il présente *deux malades* réséqués, ayant une mauvaise attitude. L'argument est facile; est-il très scientifique?

Calot, à la même époque (2), annonce bruyamment au grand public médical, sa conversion complète à la méthode conservatrice. Il a réséqué; il ne réséquera plus. Il guérit toutes les coxalgies, affirme-t-il, par sa méthode des injections et estime que, même pour les coxalgies fistulisées, la pire des thérapeutiques est de les réséquer.

Ménard est plus éclectique. Il déclare que la réaction, soulevée contre la résection, à la suite de l'abus considérable qui en avait été fait, a été trop loin. Lui aussi, est partisan de la méthode conservatrice au début, mais il estime que la résection mérite une place importante parmi les moyens à opposer à certaines formes de coxalgies.

(1) AUGUSTE BROCA. — Leçons de chirurgie infantile, 2^e série, Paris, 1902, et *Revue d'orthopédie*, 1904, page 135.

(2) CALOT. — De la résection dans la coxalgie. *Presse médicale*, janvier 1900.

En fait, le discrédit jeté sur la résection persiste encore, à la suite de sa condamnation officielle par les maîtres parisiens de la chirurgie infantile. Elle n'a plus cours à Paris, où l'on cherche, il est vrai, à prévenir la suppuration et les fistules, mais où l'on abandonne les coxalgies graves et fistulisées à leur triste sort. Mieux vaut les abandonner, semble-t-on dire, que d'en faire des infirmes par la résection.

Et depuis quelques années, à part quelques relations de cas isolés et malgré l'important travail de Ménard (1), en 1907, le silence semble s'être fait autour de la résection, en France du moins.

Cependant, la question paraît remise à l'ordre du jour à la suite d'un article de M. Coudray (2), ancien chef de clinique de M. Kirmisson, et de la réponse de M. Vincent (3), visé dans plusieurs passages de cet article.

Le moment nous paraît donc opportun de publier le travail dont nous avons tenu à faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous devons exposer, au préalable, les motifs qui nous l'ont inspiré, et l'esprit qui nous a guidé tout le long de ce travail.

Disons tout de suite que ceci n'est pas un plaidoyer en faveur de la résection, comme mode de traitement à opposer aux coxalgies en général, mais seulement un plaidoyer en faveur des coxalgies suppurées ou fistuli-

(1) MÉNARD. — Études sur la coxalgie, Paris, 1907.

(2) COUDRAY. — Coxo-tuberculose et son traitement, *Revue de chirurgie*, avril 1911.

(3) VINCENT. — Étude critique sur la coxalgie, *Revue de chirurgie*, août 1911.

sées, avec lésions anatomiques reconnues incurables. On connaît leur pronostic sévère, et la résection, œuvre de drainage, de sauvetage, ne doit pas leur être refusée, sous prétexte que c'est une opération grave et que les résultats orthopédiques en sont déplorables.

En réalité, la discussion sur la valeur des traitements, conservateur à outrance ou opératoire, dans ces cas bien déterminés, ne s'est jamais faite qu'autour de cas isolés, ou groupés en faveur de telle ou telle opinion. Les statistiques globales, publiées jusqu'à ce jour, n'ont pas, à notre avis, la valeur qu'on leur attribue. Nous ne citons que les plus récentes. Pour la résection, celles d'Ollier (1891, 49 cas), des chirurgiens allemands, Bähr, Haas, Rincheval, Manninger et Kœnig, en tout, 504 résections (Karl Schlick, thèse, Bonn, 1903), de Ménard (1907, 244 cas). Pour le traitement conservateur, celles de Bruns (Tübingen, 1894), de Kirmisson (thèse de Marty, Paris, 1899, 79 cas), de Ducroquet (thèse de Bidaux, Paris, 1908), et enfin celle d'Alapy (1) (Budapest, 1910, 122 cas).

Toutes ces statistiques sont trop hâtives et comportent des résultats beaucoup trop récents pour être définitifs.

Pour la coxalgie, plus encore que pour les autres arthrites tuberculeuses, l'épreuve du temps est indispensable pour apprécier un résultat, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants chez lesquels, pendant la période de croissance, il s'opère des changements qui aggravent plutôt qu'ils n'améliorent le résultat orthopédique, et cela, aussi bien après le traitement conservateur qu'après la résection.

(1) ALAPY. — Résultats du traitement conservateur de la coxalgie (122 cas). *Revue d'orthopédie*, 1911.

Ce qu'il faut considérer, ce sont les résultats, suffisamment éloignés après le traitement et à la fin de la croissance.

Seule, une statistique faite dans ces conditions, peut avoir de la valeur, nous en sommes convaincu.

C'est pourquoi, répondant, en somme, au désir que M. Kirmisson exprimait à Félizet en 1899, et que celui-ci n'a pu satisfaire, nous avons voulu rechercher des réséqués de longue date et savoir ce qu'ils étaient devenus.

Nous nous sommes adressé à la pratique hospitalière d'un chirurgien; et nous avons recherché les coxalgiques réséqués par M. Vincent, pendant son majorat à la Charité, de 1884 à 1902, dans son service de chirurgie infantile. Nous devons avouer qu'il nous a fallu plus de deux ans pour achever cette enquête, portant, à longue distance, sur une clientèle très vagabonde. Pour un certain nombre, nos recherches sont restées infructueuses, et nous avons dû y renoncer.

Nous avons pu cependant, sur un total de 87 résections pratiquées par M. Vincent, mettre complètement à jour les 66 observations que nous relatons plus loin, et, *sur ce nombre de 66 réséqués pour coxalgies graves, toutes suppurées, quelques-unes fistulisées, en retrouver 32 vivants en 1911, soit bien près de la moitié.*

Ces 66 cas s'échelonnent de 1884 à 1902. Le plus ancien date de vingt-sept ans; *tous sont opérés depuis dix ans au moins*; le plus jeune des survivants a 14 ans, mais il a été réséqué à 3 ans. Quatre ont 17, 18, 19 ans. Tous les autres ont au moins 20 ans. *Tous ont, en somme, achevé leur croissance.* Les résultats que nous présentons sont donc bien des résultats *définitifs*..

Nous avons examiné nous-même la plupart de ces malades; pour quelques-uns, trop éloignés, nous avons dû nous contenter de leur témoignage personnel, bien impartial, ou avoir recours à l'obligeance des médecins, que nous remercions bien vivement. Toutes les fois que nous l'avons pu, nous avons radiographié ou photographié ces malades pour donner une idée de leur attitude.

En faisant ces recherches, et en revoyant ces malades, nous avons eu le plaisir d'amasser des documents intéressants, de faire un travail utile peut-être à la cause des coxalgies graves.

Et, d'autre part, nous avons trouvé là, comme adjuvant nécessaire à ces enquêtes, au premier abord ingrates, l'occasion agréable, en publiant la statistique personnelle de M. Vincent, de la lui dédier en bien vif témoignage de piété filiale.

PRÉLIMINAIRES

I. — Indications qui ont présidé à ces 66 résections de la hanche.

Ce n'est pas la question des indications de la résection de la hanche que nous voulons étudier ici. Nous nous bornons à exposer les règles du traitement que M. Vincent appliquait aux coxalgies et les indications de la résection, telles qu'il les concevait :

1° COXALGIES AU DÉBUT

Traitement temporisateur. — Le traitement a toujours commencé par l'immobilisation, continué par l'immobilisation. Celle-ci est faite au lit avec des tractions par des poids, jusqu'à cessation de la douleur. Lorsque les enfants sont indociles, lorsqu'ils supportent mal les tractions, on les immobilise au moyen du bandage ouato-silicaté, renouvelé tous les trois mois en général. Avant de le placer, on redresse, sous anesthésie, l'attitude du membre.

2° COXALGIES SUPPURÉES

A. *Traitement conservateur.* — Lorsque, malgré l'immobilisation, les tractions, la compression ouatée, un abcès s'est formé, on ne l'ouvre que s'il a une certaine étendue.

due. On peut négliger les petits abcès en essayant d'obtenir leur résorption par la compression ouatée, ou les ponctionner. S'ils se reproduisent en augmentant d'étendue et surtout s'ils tendent à s'ouvrir spontanément, on les ouvre par des incisions pouvant servir plus tard à la résection. En attendant, on fait seulement une arthrotomie, on draine avec soin et on immobilise en gouttière plâtrée.

B. Résection. — On fait la résection.

a) Si au cours de l'arthrotomie, l'examen avec le doigt ou le stylet révèle la présence de séquestres, de trajets tortueux et nombreux, de lésions osseuses trop avancées pour guérir spontanément.

b) Si l'on acquiert par le toucher rectal bimanuel, la certitude de la présence d'un abcès pelvien, signe indubitable d'une lésion acétabulaire, et qui ne peut être drainée que par la seule résection.

c) Lorsque, malgré l'arthrotomie et le drainage, la suppuration persiste, abondante, avec état fébrile, avec amaigrissement et atteinte de l'état général, on ne doit pas attendre que ce dernier s'aggrave; la résection s'impose. Il en est de même lorsqu'il s'agit de coxalgies spontanément fistulisées et secondairement infectées.

Donc, les seules indications admises par M. Vincent sont les suivantes :

1° Présence de séquestres, de lésions trop avancées, dont on ne peut espérer la guérison spontanée.

2° Lésions cotyloïdiennes.

3° Persistance de la suppuration, malgré le drainage péri-articulaire et l'arthrotomie.

4° Infections secondaires, avec fièvre.

5° Atteinte de l'état général, menace de cachexie.

En somme, M. Vincent n'a jamais fait de résection en dehors de ces indications. Il estime que, pour les faits ordinaires de coxo-tuberculose, la résection ne doit être que le traitement ultime de la coxalgie. On n'a pas le droit d'y recourir d'emblée. Avant de réséquer, il faut avoir épuisé toutes les ressources de la temporisation, parce que les meilleurs résultats de la résection ne valent pas la guérison de la coxalgie sans exérèse, avec ankylose en bonne position.

Aussi, M. Vincent n'a-t-il fait qu'une résection sur 4,1 coxalgies (Ménard, à Berck, en fait encore 1 sur 5,4), mais toutes ces coxalgies réséquées étaient graves et menaçaient l'existence des malades.

Il ne faut pas pratiquer la résection trop tard, seulement lorsque le malade est cachectisé à fond, qu'il a de la dégénérescence amyloïde. Il ne pourrait ni supporter le choc opératoire, ni faire les frais de la cicatrisation d'une résection. On serait, en pareil cas, acculé à ce dilemme : la désarticulation de la hanche ou l'abandon.

II. — Éléments de cette statistique.

Pendant la durée de son majorat à la Charité, de 1884 à 1902, M. Vincent a eu à soigner 365 *coxalgies*. Il en a traité 278 par la méthode conservatrice, pure ou combinée avec l'arthrotomie et le drainage. Les 87 autres ont nécessité la résection, soit 23,83 p. 100; c'est-à-dire *qu'on a réséqué 1 coxalgie sur 4,1*.

En 1895, M. Vincent publiait comme Contribution cli-

nique à la résection pathologique de la hanche (1), 52 observations de résections, faites de 1884 à 1894.

Ne voulant envisager ici que la coxo-tuberculose, nous avons écarté 6 de ces observations : trois (les numéros 1, 28 et 50), se rapportant à des ostéomyélites ; une (n° 19), qui n'était en réalité qu'une trochantérite, et enfin deux (n°s 6 et 37), où il s'agissait plutôt d'une ostéite du bassin.

Sur les 87 observations de résection pour coxo-tuberculose que nous avons dépouillées, 21 n'ont pu être complétées, faute de renseignements ultérieurs, qu'il nous a été absolument impossible d'obtenir.

Sur ces 21 observations incomplètes, 11 malades sont sortis non guéris ou même dans un état inspirant de vives inquiétudes au point de vue de la guérison, parmi eux, les numéros 5, 19, 23 et 43, de la Contribution. Les 10 autres, par contre, sont sortis bien guéris, définitivement semblait-il, entre autres les numéros 7, 11, 15, 42 et 46 de la Contribution. Plusieurs même ont été revus bien guéris trois et quatre ans après. Nous ne voulons pas, néanmoins, les faire entrer dans notre statistique. Si nous nous en rapportons à l'état de ces 21 malades à leur sortie de l'hôpital, nous constatons qu'il y a, en somme, un nombre à peu près égal de guéris et de non guéris. Nous pouvons donc, sans regret, les supprimer de notre statistique, qui n'en est pas faussée pour cela.

Nous avons donc, pour les raisons que nous venons d'exposer, écarté 15 observations sur 52 de la Contribu-

(1) Eugène VINCENT. — Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche, 1885, ou *Archives provinciales de chirurgie*, 1894-1895.

tion. Nous reproduisons ici les 37 autres, auxquelles nous avons ajouté 29 résections pratiquées de 1894 à 1902, soit le total de 66 observations avec résultats définitifs.

Sur ces 66 réséqués, 5 sont morts de choc opératoire; 18 sont morts, moins de trois ans après la résection, des suites de la coxalgie ou de complications viscérales; 11 sont morts tardivement, de quatre à vingt ans après (3 de cachexie, 3 de maladies intercurrentes, les autres de généralisation tuberculeuse); les 32 autres, enfin, sont vivants à l'heure actuelle.

Nous avons classé ces observations en trois groupes :

I. — Morts, moins de trois ans après la résection.

II. — Morts tardivement après guérison, avec résultats connus et plus ou moins éloignés.

III. — Survivants en 1911.

Nous avons fait suivre chacun de ces groupes d'un *tableau en donnant un résumé.*

Dans toutes nos observations, nous avons cherché surtout à faire ressortir les traitements institués avant la résection, les motifs qui ont conduit à pratiquer cette opération, les lésions trouvées à l'intervention, le temps nécessaire par la guérison, et enfin et surtout les résultats orthopédiques et fonctionnels.

Nous n'avons pas insisté du tout sur le procédé opératoire, ni sur le traitement post-opératoire. Enfin, nous avons fait suivre la plupart de ces observations de quelques réflexions et commentaires propres à chaque cas.

PREMIER GROUPE

Morts moins de trois ans après la résection,
des suites de la coxalgie ou de complications viscérales.

23 OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(Voir obs. III de la Contribution.)

D... Augustin.

Entre le 6 mars 1885, âgé de 10 ans 1/2. Coxalgie datant de deux ans, Depuis un an, ne peut plus marcher. Topiques et frictions. Flexion et adduction marquées. *Deux fistules.* *Etat cachectique*, teint pâle, mange à peine. — 8 mars : *Drainage* de l'abcès articulaire. Immobilisation et traction continue. *Expiration soufflante au sommet gauche.* En août, l'état général s'aggrave, les fistules donnent plus abondamment.

11 septembre 1885 : *Résection intra-magni-trochantérienne et acétabulo-pelvienne*: ablation des restes de la tête, du col jusqu'au trochanter, curettage de la cavité cotyloïde perforée et du sourcil cotyloïdien ulcéré. — Septembre 1886 : *Cueillette* de séquestres pelviens. — 10 janvier 1887 : *Résection ischiatico-cotyloïdienne*. Il ne reste plus rien de la surface quadrilatère cotyloïdienne.

2 février 1887 : Mort de cachexie plus de seize mois après la résection. A l'autopsie, *cavernes pulmonaires*.

Il s'agissait là d'un cas aggravé par des lésions indélimitées du côté du bassin qui ont nécessité en définitive une *résection pelvi-fémorale*.

OBSERVATION 2

(Voir obs. IV de la Contribution.)

P... Julien.

10 ans, entre le 21 novembre 1884. Coxalgie droite datant d'environ dix-huit mois. Rotation en dedans et adduction. *Abcès profond*, articulaire, en arrière. *Aux poumons : expiration prolongée, submatité avec résistance au doigt, aux deux sommets.* — *25 novembre 1884 : Ouverture et drainage* de l'abcès articulaire.

15 mars 1885 : Résection : ablation de fragments de la tête, du col du fémur et de la moitié du grand trochanter à l'état de séquestres vasculaires; *grattage du cotyle;* au bout de quatre mois, guérison apparente de la résection. Etat fonctionnel bon, état général excellent, rien aux poumons. Muni d'un tuteur immobilisateur, il fait un long séjour aux bords de la mer en 1886. Il en revient en juillet, avec une récurrence locale. Suppuration intarissable. *Nouvel abcès* à la région antéro-externe. Amaigrissement. *Escarres.*

24 juillet 1887 : L'enfant meurt de cachexie, malgré tous les traitements locaux, deux ans et quatre mois après la résection.

OBSERVATION 3

(Voir obs. VIII de la Contribution.)

G... Justine.

10 ans et demi; entre en janvier 1887. Coxalgie datant de deux mois, en flexion presque à angle droit avec adduction marquée. — *26 janvier :* Redressement sous anesthésie. Silicate en abduction. — *En juin,* on enlève le silicate. *Vaste collection purulente* effaçant le pli de l'aîne, et qui se fistulise bientôt. *L'état général s'est aggravé;* les douleurs articulaires sont très vives.

29 juillet 1887 : Résection : tête disparue, col rongé par

les fongosités; *acétabulum érodé, non perforé*. Le toucher rectal fait sourdre des fongosités par la grande échancrure sciatique. *Trépanation du cotyle* et curettage. Résection juxta-trochantérienne. La faiblesse de l'enfant oblige à cesser l'anesthésie.

La nuit même de l'opération, *mort de choc opératoire à forme comateuse*, que l'on doit mettre sur le compte de la cachexie du sujet.

OBSERVATION 4

(Voir obs. IX de la Contribution.)

P... Jean-Marie.

3 ans. Entre en août 1887. On n'a aucun renseignement. On sait seulement qu'il a déjà porté des bandages silicatés et il présente des cicatrices de pointes de feu. *Gros abcès* sur toute la partie antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse droite. *Etat général médiocre*. — *19 août* : *Ouverture, curettage* et drainage de l'abcès. Attelle plâtrée. La suppuration se tarit. L'état général s'améliore. — *En octobre*, vives douleurs; l'incision de l'abcès est devenue un *trajet fistuleux*; *fièvre*.

6 octobre 1887 : *Résection*. Dénudation de la tête et de l'acétabulum, agrandissement de ce dernier par ulcération. Section du col au ras de son insertion sur le massif trochantérien. — *Le 3 janvier 1888*, moins de trois mois après la résection, l'état de celle-ci est en assez bonne voie pour que l'opéré puisse être renvoyé dans sa famille avec un bandage silicaté.

Rentre en avril et meurt le 10 avril 1888 de méningite.

OBSERVATION 5

(Voir obs. XVI de la Contribution.)

G... Françoise.

14 ans. Entre en septembre 1887. Hérité tuberculeuse

maternelle probable. Début brusque à type d'ostéomyélite, trois semaines auparavant. Coxalgie droite en flexion à 45°, forte abduction et rotation en dehors très marquée. *Pas d'abcès*. Mouvements très douloureux, mais possibles. Bandage silicaté. — *En février 1888*, tuteur orthopédique. A l'occasion d'une chute, on constate la présence d'un *abcès*, qui s'ouvre spontanément et *se fistulise*, et qu'on ouvre et curette à plusieurs reprises.

Le 11 février 1889 : Résection. Section du col, juxta-trochantérienne. Persistance de la suppuration. — *Le 6 juin 1890, Séquestrotomie de la branche ascendante de l'ischion*. Suppuration excessive et fétide, fusées nombreuses. *Mort le 31 août 1890, par épuisement* dû à la suppuration de l'os iliaque. Ganglions bronchiques caséeux, rien aux poumons, foie infectieux.

Encore un cas qui serait plutôt à ranger parmi les ostéites du bassin : nécrose de la hanche ascendante de l'ischion et descendante du pubis. C'est la suppuration causée par cette ostéite du bassin qui a épuisé le malade et causé la mort. Les lésions du bassin ont primé celles du fémur.

OBSERVATION 6

(Voir obs. XVII de la Contribution.)

S... Française.

11 ans. Entre en octobre 1884. Coxalgie gauche non suppurée. Redressement, pointes de feu, silicate. — *En février 1889*, elle revient avec un vaste *abcès*. La ponction avec aspiration ne ramène rien.

27 février 1889 : Résection. Tête disparue, col détruit en majeure partie, cotyle érodé, énormes masses de mastic caséeux. Résection juxta-magni-trochantérienne. *Guérison rapide de la résection en cinq à six mois*. — *Le 21 mai 1890*,

en revoit la malade qui a un excellent état général et local (sauf une fistulette) : pas d'ankylose. Appareil de soutien avec vis abductrice. Elle est, depuis ce moment, perdue de vue, elle et ses parents, et on apprend par les voisins que l'opérée est morte de *tuberculose pulmonaire à Pâques 1892, trois ans après la résection*, qui avait guéri en quelques mois.

Cette malade n'a été, en somme, que très peu suivie. On la voit une première fois en 1884. On lui met un silicate; mais on ne la revoit que quatre ans et demi après, en mauvais état, qui nécessite la résection. Elle reste à l'hôpital à peine le temps de guérir de cette opération. Et on ne la revoit plus qu'une dernière fois, un an après.

La résection a donné un résultat excellent et rapide, puisque, un an après, nous avons revu cette opérée bien guérie et ne souffrant pas. Mais, probablement mal soignée chez ses parents, elle a succombé deux ans après à la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION 7

(Voir obs. XXII de la Contribution.)

V... Catherine.

6 ans. *Entre en décembre 1886. Coxalgie gauche non suppurée. Redressement, silicate.* — *En mars 1888 : a porté 4 silicates avec intervalles de repos au lit; cependant la malade rentre avec un abcès. Evacuation au thermo. Pointes de feu superficielles. Silicate. Mise au repos au lit, en traction continue, puis, à nouveau silicate (cinquième ou sixième).* — *En décembre 1889 : nouvel abcès articulaire volumineux. Attitude en adduction très prononcée, flexion légère et rotation en dehors; attitude signifiant, pour M. Vincent, la prédominance des lésions sur l'acétabulum.*

Résection de la hanche le 11 décembre 1889. Acétabulum usé et perforé par l'ostéite. Décapitation.

Mort de choc opératoire, la nuit même.

• Il s'agissait là d'une coxalgie acétabulaire, toujours plus grave. On ne peut reprocher d'avoir opéré trop tôt, puisqu'on a attendu près de deux ans après le premier abcès, avant de réséquer, et on ne l'a fait qu'après avoir usé de tous les moyens de temporisation (pointes de feu, six bandages silicatés, traction continue), et après la formation d'un deuxième grand abcès. L'enfant n'a pu supporter cette opération, dont l'indication était formelle en raison des lésions acétabulaires.

OBSERVATION 8

(Voir obs. XXIX de la Contribution.)

B... Vincent.

Entre en décembre 1890, à l'âge de 4 ans. Abcès froid de l'aisselle à 18 mois; tumeur blanche du genou gauche à 2 ans. Début spontané de la coxalgie gauche à 3 ans et demi, avec adduction initiale. Redressement, pointes de feu. Silicates. — En mai 1891, gros abcès au-dessus de l'arcade crurale. Flexion légère et rotation en dehors. Résection de la hanche le 2 juin. L'acétabulum est détruit et la tête fémorale fait saillie dans l'intérieur du petit bassin. Lésions secondaires de la tête et du col. Résection médio-cervicale. Résection guérie en quatre mois. Silicate. Un an et demi après, hanche guérie, mais persistance de fistule iliaque. — En décembre 1893, marche avec des béquilles; pas d'ankylose, mouvements douloureux; a eu un nouvel abcès. Etat général relatif. Mort d'amaigrissement par suppuration en juin 1894, aux Incurables, trois ans après la résection.

La résection semble avoir été impuissante ici, à cause

de la prédominance des lésions pelvi-acétabulaires, en raison aussi du très mauvais terrain créé par l'hérédité paternelle d'une part, par les accidents tuberculeux antérieurs et contemporains (tumeur blanche du genou gauche) d'autre part.

OBSERVATION 9

(Voir obs. XXXI de la Contribution.)

M... Joseph.

Entre en novembre 1891, à l'âge de 10 ans. Début spontané trois mois avant l'entrée. Hanche gauche. Empâtement notable, légère adduction et rotation en dedans, luxation iliaque à volonté, hanche folle (sous anesthésie). Abcès profond.

Le 25 novembre : opération. Fongosités synoviales. Tête et cotyle intacts. Simple décapitation et toilette de la synoviale. En somme, synovite tuberculeuse pure, avec simple hyperhémie secondaire des éléments osseux et cartilagineux de l'article. Quarante jours après, guérison opératoire. Silicate le 5 janvier 1892. Evolution graduelle de lésions pulmonaires. — En mars, gros râles humides et gargouillement. Cachexie. Ses parents l'emmènent. Mort le 3 avril, de granulie, quatre mois après la résection.

OBSERVATION 10

(Voir obs. XXXIV de la Contribution.)

D... Albert.

Entre en avril 1892, âgé de 10 ans. Coxalgie gauche. Début spontané dix mois avant l'entrée. Flexion, adduction, rotation. Abcès rétro-trochantérien. — Le 8 avril, ouverture de l'abcès. La capsule articulaire n'existe plus; on sent, au doigt, que la tête est érodée et subluxée en haut par suite

de l'usure du rebord cotyloïdien. En raison de l'étendue des lésions de la tête et de l'acétabulum, M. Vincent se décide à faire la résection.

Le 25 avril, résection médio-cervicale. Cotyle perforé, tête et col usés. Cicatrisation locale assez rapide. — Au milieu de mai, râles au sommet gauche. Les lésions pulmonaires progressent malgré tous les soins. En mars 1893, l'état de la hanche est bon; les parents l'emmènent en bandage ouato-silicaté.

On apprend que l'enfant a finalement *succombé en avril 1893 à la tuberculose pulmonaire*, un an après la résection.

Dans ce cas, au bout de dix mois, tout était guéri, sauf une fistule. Mais les lésions pulmonaires, constatées peu de jours après la résection, n'ont fait que suivre une marche progressive.

Les interventions chirurgicales pour tuberculose locale ne préservent pas toujours de la phthisie pulmonaire. Ce malade est mort de tuberculose pulmonaire, *malgré la résection* et non pas à cause d'elle.

OBSERVATION 11

(Voir obs. XXXVIII de la Contribution.)

D... Anthelme.

Entre en mai 1892, âgé de 13 ans. Début depuis un an. Coxalgie droite en flexion, un peu d'abduction et de rotation en dehors. Pas d'abcès. Etat général assez bon. Silicate. — En août, revient amaigri avec des signes de tuberculose pulmonaire au premier degré. Abcès profond en dehors des vaisseaux fémoraux. Douleurs très vives.

27 août, résection intra-trochantérienne. Cotyle peu atteint; tête fémorale presque détruite. — 13 octobre : mort de phthisie pulmonaire deux mois après la résection.

Cas à rapprocher de celui de D... (observation précédente).

OBSERVATION 12

(Voir obs. XXXIX de la Contribution.)

G... Antoine.

Entre en septembre 1892, âgé de 8 ans. Coxalgie gauche datant de trois mois. Flexion, adduction initiale et rotation en dedans. Inflammation iliaque. Cotyle douloureux au toucher rectal. Pas d'abcès. Empâtement périarticulaire. Mouvements douloureux. Rien aux poumons. Etat général satisfaisant. — 28 septembre : mise en traction continue. — 21 octobre : malgré immobilisation, abcès dans la fosse iliaque, un autre dans la région rétro-trochantérienne.

24 octobre : résection (décapitation). Acétabulum perforé, lésions secondaires sur la tête fémorale.

1^{er} décembre : mort de méningite, un mois et quelques jours après la résection.

OBSERVATION 13

(Voir obs. XLI de la Contribution.)

D... Jean-Baptiste.

Entre en juillet 1892, âgé de 6 ans. Coxalgie droite datant de trois mois, non suppurée. Deux silicates successifs et pointes de feu. — En mars 1893, abcès au niveau de l'arcade de Fallope, un an après le début spontané, malgré immobilisation.

8 mars : résection. Lésions superficielles de la tête et du col; lésions accusées du cotyle avec plusieurs séquestres. Trépanation du cotyle et drainage pelvien abdomino-cotyloïdo-fessier. — Le 3 septembre, six mois après, on note qu'il n'y a plus de suppuration, que la cicatrisation s'achève.

Le 10 septembre : mort de méningite, six mois après la résection.

L'opéré a succombé à une méningite tuberculeuse,

alors que la résection et la coxalgie étaient à peu près guéries. Cette complication fatale est toujours possible, avec ou sans résection, chez les coxalgiques. Il ne faut pas en accuser la résection.

OBSERVATION 14

(Voir obs. XLVII de la Contribution.)

B... Louise.

Entre en septembre 1893, âgée de 6 ans. Coxalgie gauche datant de quatre mois. Traction continue, pendant deux mois. — En novembre, empâtement de la hanche sans fluctuation nette. Douleur vive. Subluxation de la tête fémorale. Ganglions pelviens. Cachexie. Maigreux.

Le 14 novembre : résection médio-cervicale. Tête fémorale érodée, foyer tuberculeux sur le col, traversant le cartilage conjugal, perforation du cotyle, séquestre cotyloïdien mobile, abcès pelvien. L'opération a duré en tout cinquante minutes.

Mort de choc opératoire, douze heures après.

L'opéré était très malingre. Il faut noter aussi la gravité plus grande de cette coxalgie, surtout acétabulaire

OBSERVATION 15

(Voir obs. XLIX de la Contribution.)

L... Antonin.

Entre en février 1894, âgé de 10 ans et demi. Mal de Pott interscapulaire à peu près guéri. Début de la coxalgie il y a cinq mois. Abcès de la hanche ouvert et drainé depuis deux mois par son médecin; suppuration très abondante. A l'entrée, rotation en dehors. Enorme œdème cachectique du membre inférieur droit. Empâtement de la hanche. Pus

abondant. Douleur très vive. *Escarres* au sacrum, sur la gibbosité pottique, sur le grand trochanter. *Etat général très cachectique*. Malgré le mauvais état général, malgré l'état du membre inférieur, qui paraît indiquer une désarticulation plutôt qu'une résection de la hanche, M. Vincent se décide à tenter cette dernière opération le jour même.

20 février : résection intra-magni-trochantérienne. *Ace-tabulum perforé*, plein de fongosités, contenant des *séquestres* vasculaires; lésions secondaires de la tête. Quantité incroyable de matières caséeuses. Après trois mois de soins, la suppuration a commencé à se tarir et l'état général à se relever. L'œdème a diminué; les escarres semblaient vouloir se cicatriser, mais malgré tout, après une période d'amélioration très sensible pendant quatre à cinq mois, l'opéré a recommencé à décliner graduellement. Sans rien présenter du côté des poumons, *il s'est éteint fin décembre, épuisé par la suppuration* intarissable de son ostéite pelvienne, onze mois après la résection.

Il s'agit là d'un cas opéré in extremis, en désespoir de cause. La résection qu'on a préféré tenter, a été insuffisante, bien qu'à un moment donné, on ait eu grand espoir. La désarticulation était, en réalité, la suprême ressource, mais elle apparaît tellement devoir être le coup de grâce... La résection ne l'a pas empêché de mourir, mais l'a seulement prolongé de dix mois.

OBSERVATION 16

B... Denis.

Entre en octobre 1894, âgé de 6 ans. Coralgie gauche non supprimée datant de trois mois, sans douleur bien nette. Boiterie caractéristique. Tendance à l'adduction, avec rotation en dedans. Presque pas de flexion. Etat intellectuel médio-

cre, que les parents expliquent par une *méningite de l'enfance* (?). — 3 novembre : sous anesthésie, articulation folle. Craquements. *Silicate*, puis traction continue. — 18 juillet 1895 : revient avec un abcès. Ascension du grand trochanter : 4 centimètres au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. — 20 août : ouverture de l'abcès et curettage d'un point osseux trochantérien (M. Nové-Josserand). Suppuration abondante qui ne se tarit pas.

23 novembre 1895: *résection large, sous-parvi-trochantérienne*. Le col est réduit à une sorte d'apophyse irrégulière au bout de laquelle il ne reste pas trace de la tête fémorale. Section en pleine diaphyse, juste *au-dessous du petit trochanter*, après décortication du périoste que l'on conserve. Fongosités abondantes et nombreux petits séquestres dans l'articulation. Erosions légères et secondaires sur le cotyle, qui n'est pas perforé. — 18 décembre : presque plus de pus. Plus de drains. Réunion per primam. Très bon état général. Pansement occlusif. — 10 février 1896 : phénomènes méningitiques. Vomissements Torpeur. Contractures.

19 février : mort de *méningite*, deux mois après la *résection*.

OBSERVATION 17

G... Pétrus.

Entre en juillet 1896, âgé de 12 ans. Début, il y a un an et demi. Vaste abcès de la région trochantérienne droite. Douleurs très vives. Adduction très marquée avec flexion. *Luxation pathologique*.

Le 23 juillet : *résection*. La cavité cotyloïde est toute prise; on enlève à la main des séquestres du sourcil cotyloïdien. Pas de perforation du cotyle. *Décapitation*.

Le 11 décembre : mort de *cachexie suppurative*. A l'autopsie, on trouve le petit bassin envahi par du pus occupant l'espace sous-péritonéal anté et rétro-vésical, ainsi que le mésorectum. Il en est de même du tissu cellulaire de la

fosse iliaque, où l'on trouve l'os dénudé à la partie moyenne. Foyer de la fesse communiquant avec ceux du petit bassin par les échancrures sciatiques.

OBSERVATION 18

B... André.

Entre en avril 1898, âgé de 10 ans. Début, il y a six mois, par une douleur à la hanche. Mis en silicate par son médecin. A l'entrée, tuméfaction considérable de toute la hanche. Fluctuation d'abcès, surtout au niveau du triangle de Scarpa. Jambe en abduction et rotation en dehors.

Le 3 mai : on ouvre l'abcès par une incision antérieure. Flot de pus. Le doigt mis dans la plaie constate que la tête du fémur n'existe presque plus et que la cavité cotyloïde est très atteinte. On se décide à faire sur-le-champ la résection. Résection de la hanche. On résèque le col à son insertion sur la diaphyse; la curette ramène la partie articulaire de la tête. — Décembre : amaigrissement considérable, cachectique. Suppuration continuelle. Raccourcissement très accentué. Aux poumons, souffle caverneux intense au sommet droit, sans gargouillement. Appétit très diminué. — Mai 1899 : aux poumons : à gauche, en avant, craquements disséminés; à droite, en avant, râles sous-crépitaux, en arrière, souffle caverneux aux deux temps. Foie gros. Amaigrissement extrême. Œdème malléolaire. Escarre sacrée. Œdème gélatineux autour des foyers de suppuration de la hanche. Pas d'albumine dans les urines.

Mort le 21 octobre 1900, des progrès de sa tuberculose pulmonaire, deux ans et demi après la résection.

OBSERVATION 19

P... André.

Entre en avril 1898, âgé de 11 ans. Début, il y a deux ans et demi, par un abcès à la face postérieure de la cuisse gau-

che. Cet abcès fut incisé par le médecin au tiers inférieur; il reste encore une *fistule* de liquide sanguinolent. A l'entrée, coxalgie gauche en flexion, adduction et rotation en dedans. Atrophie marquée. L'*olumineux abcès* s'étendant de la cuisse à la fesse. Peau tendue, luisante, présentant trois ou quatre ulcérations rouge violacé. Mouvements très douloureux. Etat général passable.

Le 5 mai : résection. La tête fémorale a disparu; son *moignon s'est luxé* dans la fosse iliaque. On fait sauter ce qui reste du col, c'est-à-dire gros comme une noix. On trouve également un *foyer fémoral* d'où l'on enlève à la curette des séquestres parcellaires. L'exploration de la fistule de la cuisse montre un décollement qui va jusqu'à l'ischion. Thermocautérisation. Drainage.

6 mai : l'enfant meurt de choc.

OBSERVATION 20

A... André.

Entre en janvier 1901, âgé de 8 ans. Début, il y a trois ans, par douleurs dans le genou, puis dans la hanche. Fistules à ce niveau avec suppuration intermittente. Pas de traitement, sauf un silicate pendant deux à trois mois. A l'entrée, flexion et rotation interne avec adduction marquée. Mouvements très douloureux. Température oscillante entre 38°5 et 40°.

Le 9 février : résection de la hanche. Vaste foyer de fongosité. *La tête est luxée* depuis longtemps, le *sourcil cotyloïdien n'existe plus*. Résection de la tête, *décapitation*. — *6 mai : Etat général mauvais.* L'enfant tousse, maigrit, a de la fièvre. *Râles dans tout le poumon, crachats purulents. Tuberculose pulmonaire manifeste.* — *En mars 1903, curetage d'une fistule.* Les parents l'emmènent le 19 mai.

Nous avons appris qu'il *est mort* peu après, le 9 juin, deux ans et quatre mois après la résection, probablement par cachexie suppurative et tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION 21

O... Jules, de Saint-Fons.

Entre en novembre 1898, âgé de 8 ans. Coxalgie gauche, dont le début remonte à un an. Abduction, rotation en dehors. Les mouvements de la hanche entraînent le bassin. Pas d'abcès. Silicate. — En mai 1899 : adduction. Ascension apparente du trochanter, à 2 centimètres. Pas d'ankylose. Silicates successifs. — Le 14 juin 1900 : revient encore en adduction, avec un abcès rétro-trochantérien. Incision de l'abcès. Pus grumeleux roussâtre. Poche très profonde. Thermocautérisation. Gaze iodoformée. Attelle plâtrée.

1^{er} février 1901 : La plaie est cicatrisée. Il ne reste plus qu'une fistule que l'on explore avec un stylet. On est tout surpris de le voir pénétrer à une grande profondeur, et de sentir son extrémité dans le petit bassin par le toucher rectal. On a tout lieu de croire que la perforation siège au niveau de la cavité cotyloïde et on doit intervenir. Résection de la hanche. Décapitation. On explore la cavité cotyloïde, d'ailleurs remplie de fongosités, et on y trouve deux perforations. Suppuration abondante pendant de longs mois. — En mai 1902 : cicatrisation très avancée. Il reste deux fistules. Silicate.

En 1903, fistulettes insignifiantes. Raccourcissement fonctionnel de 5 à 6 centimètres, au dire de la mère, qui nous donne ces renseignements en 1911.

Le 18 juillet 1903, mort de méningite tuberculeuse, deux ans et demi après la résection.

Donc, *coxalgie acétabulaire* surtout, ayant débuté en 1907; nous trouvons là encore l'*adduction initiale*, qui précéda la suppuration d'au moins un an; abcès survenu, malgré l'immobilisation, trois ans après le début: *échec des traitements temporisateurs*. On décide la résection parce que, au cours de l'exploration d'une fistule, on

s'aperçoit que la sonde cannelée file dans le bassin et que, par conséquent, il y a une perforation de l'acétabulum. La résection est faite près de quatre ans après le début. Et on trouve deux perforations de la cavité cotyloïde.

Cela prouve qu'au bout de quatre ans, une coxalgie à lésions acétabulaires prédominantes, traitée par la méthode temporisatrice, ne peut guérir par ces moyens, et qu'un large drainage par la résection est nécessaire pour ces lésions profondes.

Olivero a succombé à une méningite près de deux ans et demi après la résection.

OBSERVATION 22

F... Joseph.

Entre en septembre 1899, âgé de 6 ans. Coxalgie gauche, à début indéterminé, non suppurée. Silicate pour trois mois. — Janvier 1900 : adduction. Douleurs très vives. Abscès profond à la partie antéro-externe. L'état général laisse à désirer. Amaigrissement notable.

6 janvier : on se décide à inciser l'abcès et, au besoin, à faire la résection, qui paraît inévitable. Incision. On explore avec la sonde cannelée; celle-ci passe en avant du grand trochanter. Il y a là un trajet qui conduit vers l'articulation et permet l'écoulement d'une grande abondance de pus. On perçoit à la sonde de nombreux points d'ostéite et on pense à une vaste cotyloïdite. On se décide alors à aller plus loin. Résection de la hanche. On trouve des lésions très nettes de la partie inférieure de la tête fémorale. Hémi-résection de la tête. Il y a, en plus des points d'ostéite du sourcil cotyloïdien, une perforation spontanée de l'acétabulum. Pas d'abcès pelvien collecté. Pendant les quelques jours qui ont suivi l'opération, graves menaces de méningite : céphalées violentes, surtout nocturnes; cris ressemblant aux cris hy-

drencéphaliques, avec température de 38° à 39°. Tout disparaît au bout d'une semaine. — *24 mars* : On enlève les fils de suture. Cicatrisation par primam. Peu de pus, mais l'état général ne se remonte pas. L'enfant ne pèse que 11 kil.

En octobre : l'enfant meurt de méningite, neuf mois après la résection.

En somme, coxalgie suppurée un temps indéterminé après le début. L'amaigrissement, malgré l'immobilisation pendant trois mois en silicate, décida à faire une arthrotomie. Mais l'exploration, faite à cette occasion, imposa la résection, justifiée d'ailleurs par les lésions graves trouvées du côté de la cavité cotyloïde. La guérison s'annonçait prochaine lorsque la méningite tuberculeuse est venue enlever le malade.

OBSERVATION 23

B... Simon.

Entre le 28 mai 1901, âgé de 13 ans. A 2 ans, abcès au genou qui aurait donné pendant quatre mois. A 4 ans, abcès à la cuisse. Depuis, il boite et souffre de sa jambe. A l'entrée, hanche en forme de gigot avec partie postérieure renflée et violacée. Le pli de l'aîne et la fesse ressemblent à un *clapier* d'où du pus s'écoule en abondance à la moindre pression. *Cinq orifices fistuleux*; le plus important siège un peu au-dessus de l'arcade de Fallope et a un aspect cratériforme. Cuisse en flexion et adduction. Atrophie marquée. Raccourcissement apparent ; 10 centimètres. Albuminurie. Amaigrissement. *En somme, coxalgie suppurée et fistulisée depuis plusieurs années.*

Le 30 mai : résection de la hanche. Résection complète du col. Curettage du foyer et des trajets fistuleux. Thermocautère.

Le 31 mai : Température 40°6 le matin. Albuminurie massive. État général mauvais. Meurt le soir à 7 heures.

1. — DÉCÈS SURVENUS MOINS DE 4

OBSERVATIONS	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	AGE A LA RÉSECTION	LÉSIONS	ÉTENDUE DE LA RÉSECTION
1	?	11 ans.	Fémoro-pelviennes. (Fistules.)	Intra-mag. trochantérien et acétabulo-pelvien.
2	Arthrotomie.	10	Fémorales.	Intra-mag. trochantérien.
3	Immobilisation.	11	Fémorales. (Fistules.)	Juxta-mag. trochantérien.
4	Immobilisation. Drainage.	3	Coxo-synovite mixte. (Fistules.)	Juxta-mag. trochantérien.
5	Immobilisation.	13	Acétabulo-fémoro- pelviennes. (Séquestre de l'ischion.	Juxta-mag. trochantérien.
6	Redressement. Immobilisation. Récidive.	14	Fémorales.	Juxta-mag. trochantérien.
7	Redressement. Immobilisation pendant 3 ans.	9	Acétabulaires. (Perforation.)	Décapitation.
8	Redressement. Immobilisation.	5	Acétabulaires.	Médio-cervical.
9	Résection d'emblée.	10	Synovite pure. (Luxation spontanée.)	Décapitation.
10	Arthrotomie.	10	Acétabulaires. (Perforation, subluxation)	Médio-cervical.
11	Immobilisation.	13	Fémorales. (2 ^e au 1 ^{er} degré.)	Intra-mag. trochantérien.

S APRES LA RÉSECTION

GUÉRISON EN	MORT AU BOUT DE	CAUSE DE LA MORT
—	16 mois.	Tuberculose pulmonaire et suppuration.
4 mois puis récidive.	2 ans, 4 mois.	Suppuration.
—	—	Choc.
4 mois.	6 mois.	Méningite.
—	18 mois.	Suppuration.
3 à 6 mois.	3 ans.	Tuberculose pulmonaire.
—	—	Choc.
4 mois. Récidive au bout de 2 ans.	3 ans.	Suppuration.
—	4 mois.	Tuberculose pulmonaire granulie.
11 mois.	1 an.	Tuberculose pulmonaire.
—	2 mois.	Tuberculose pulmonaire.

OBSERVATIONS	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	AGE A LA RÉSECTION	LÉSIONS	ÉTENDUE DE LA RÉSECTION
12	Traction. Immobilisation.	8	Acétabulaires. (Perforation.)	Décapitation.
13	Immobilisation.	6	Acétabulaires). (Séquestres.)	Décapitation. Trépanation du
14	Traction.	6	Acétabulo-fémorales. Perforation, séquestres cotyloïdiens, abcès pelvien)	Médio-cervic
15	Immobilisation. Drainage.	10	Acétabulaires. (Perforation, séquestres, fistules.)	Intra-magn trochantérien
16	Immobilisation. Traction. Drainage.	7	Fémorales. (Luxation spontanée.)	Sous-parvi trochantérien
17	?	12	Acétabulaires. (Séquestres, luxation.)	Décapitation
18	Immobilisation. Drainage.	10	Acétabulo-fémorales.	Juxta-magn trochantérien
19	Drainage. Immobilisation.	11	Fémorales. (Fistules, luxation.)	Juxta-magn trochantérien
20	Immobilisation.	8	Acétabulaires. Fistules, subluxation.)	Décapitation
21	Immobilisation pendant 4 ans. Drainage.	11	Acétabulaires. (2 perforations.)	Décapitation
22	Immobilisation. Arthrotomie.	6	Acétabulaires. (Perforation.)	Décapitation
23	Pas de traitement. Résection d'emblée.	13	Fémorales. (3 fistules.)	Juxta-magn trochantérien

GUÉRISON EN	MORT AU BOUT DE	CAUSE DE LA MORT
—	1 mois.	Méningite.
6 mois.	6 mois.	Méningite.
—	—	Choc.
—	11 mois.	Suppuration.
—	2 mois.	Méningite.
—	5 mois.	Suppuration.
?	2 ans 1/2.	Tuberculose pulmonaire.
—	—	Choc.
—	2 ans 4 mois.	Suppuration. (Tuberculose pulmonaire)
Guéri avec fistules.	2 ans 1/2.	Méningite.
—	9 mois.	Méningite.
—	—	Choc.

II

DEUXIÈME GROUPE

Morts tardivement (de 4 à 20 ans après) après guérison avec résultats orthopédiques connus et plus ou moins éloignés.

11 OBSERVATIONS

OBSERVATION 24

(Voir obs. XVIII de la Contribution.)

D... Ernest, de Lyon.

Entre le 8 mai 1887, âgé de 9 ans. Coxalgie droite. Début inconnu. Silicate. 9 mai 1889 : après une guérison apparente, l'enfant n'a plus été soigné. Il revient, deux ans après avec une coxalgie suppurée, qui exige la résection.

Le 27 mai : résection de la hanche. Décapitation. — Le 7 novembre : guérison de la résection en moins de six mois. Silicate. — Le 14 janvier 1890 : les plaies sont complètement cicatrisées. Pas de fistules. Aucune douleur, spontanée ni provoquée. Raccourcissement apparent à la vue de 2 centimètres et demi. Pas de raccourcissement réel appréciable. Dans la station debout (voir photo, pl. I) l'attitude est très correcte, sans flexion, ni adduction, la plante du pied appuyant tout entière sur le sol. Mais pas d'ankylose. — 30 janvier 1890 : silicate pour favoriser l'ankylose. — 20 avril : Aucun résultat obtenu. M. Vincent présente le malade à la Société de médecine, faisant remarquer que, malgré la belle attitude de son opéré, si vite guéri, malgré la conservation des mouvements, malgré ce résultat idéal (guérison de la coxalgie en bonne position et conservation des mouvements), il n'était pas satisfait et regrettait de n'avoir pas obtenu l'ankylose. On laissa partir l'enfant sans appareil, plutôt que de lui donner un tuteur imparfait,

comme l'étaient les tuteurs livrés alors par l'hôpital. — *En 1894*, M. Vincent fait rechercher l'ancien opéré pour juger de son état et savoir si l'ankylose s'est enfin établie. On apprend que les parents sont partis en Saône-et-Loire. Les voisins savent seulement que D... est mort à l'âge de 15 ans, quatre ans après la résection. De quelle maladie ? Absence complète de renseignement.

En 1911, nous retrouvons sa mère qui est revenue à Lyon. Elle nous apprend que, depuis sa sortie, la guérison de son enfant s'est maintenue parfaite. *L'ankylose ne s'est jamais établie*; tous les mouvements étaient conservés, mais peu étendus. La mère proteste vivement quand nous l'interrogeons sur le raccourcissement possible et assure que « *les deux jambes étaient pareilles* ». Il marchait, courait, *grim-pait sur les arbres*, montait les escaliers, deux à deux, en courant. Malheureusement, il a été emporté en huit jours par une *méningite tuberculeuse*, quatre ans après la résection. A ce propos, nous apprenons que le père est mort, presque à la même époque, de tuberculose pulmonaire.

Ce résultat excellent à tous les points de vue, à part le défaut d'ankylose, semble dû, ici, au peu d'étendue des lésions uniquement fémorales, qui n'ont exigé qu'une simple décapitation. Le résultat fonctionnel, merveilleux, était favorisé certainement par le défaut d'ankylose, mais nous nous demandons si ce dernier n'est pas, indirectement, coupable de la méningite terminale.

OBSERVATION 25

(Voir obs. XXV de la Contribution.)

P... Pierre, de Panissières.

Entre en janvier 1891, âgé de 11 ans. Début lent, cinq mois auparavant, par gonflement douloureux du genou, puis douleur et empâtement de la hanche droite. Adduction

et rotation en dedans. Mouvements douloureux accompagnés de craquements. *Fluctuation d'abcès au-dessous de l'arcade crurale. Signes de disjonction épiphysaire.*

Le 7 janvier : résection. Large section du col, intra-trochanterienne. Tête disjointe, foyers de séquestres dans le col. Acétabulum peu atteint. — *10 février* : calcanéite droite suppurée. Ouverture au thermo. Curettage. — *13 avril* : trois mois après la résection, il n'y a aucune trace de suppuration et l'incision arciforme n'est plus qu'une cicatrice déprimée. Bandage silicaté. — *En juin*, adénite inguinale tuberculeuse fistulisée. — *Juillet 1892* : la guérison de l'adénite tuberculeuse a exigé beaucoup de temps ; d'ailleurs, l'enfant a été retenu au lit pendant un an, à cause de son arthrite du genou, qui, contemporaine de la coxalgie, paraît avoir été plutôt aggravée qu'améliorée par les silicates. Actuellement, petit trajet fistuleux sans suppuration appréciable ; pas d'abcès. Le raccourcissement, apparent à la mensuration, est de 3 centimètres. Extension totale avec abduction légère et rotation en dehors très prononcée. Le grand trochanter dépasse de 3 centimètres la ligne de Nélaton. Il n'y a pas d'ankylose du tout. Afin de la favoriser, on renvoie le malade avec un silicate.

En décembre 1893, près de trois ans après la résection, son père écrivait : « Il se porte très bien, n'est jamais malade, il mange bien et dort de même. Il n'y a pas eu d'abcès nouveaux. Il n'y a que la plaie de l'aîne qui s'est rouverte ces temps-ci (probablement l'adénite inguinale). *Il ne peut pas bouger la hanche.* Ni la cuisse, ni la jambe ne sont aussi grosses que de l'autre côté. Il y a à peu près 7 centimètres entre les deux chevilles. Il marche sans fatigue, avec une seule béquille. Il porte son pied à peu près comme il faut. Pour la chaussure, il n'a porté que de la chaussure ordinaire. »

En janvier 1909, nous avons encore de ses nouvelles : « L'état général est satisfaisant. Il a la colonne vertébrale brisée, ce qui l'a rendu bossu par derrière, mais il n'y pas eu

d'abcès. Sa coxalgie a guéri ce qu'elle peut guérir. Il y a longtemps qu'il n'y a plus d'abcès. Pour marcher, il se sert d'un bâton; il ne souffre pas en marchant. »

En 1911, nous apprenons que P... est mort le 13 août 1910. Ses parents nous écrivent : « D'après le docteur qui l'a soigné, il est mort d'un épanchement du foie (?), car sa hanche ne l'a pas fait souffrir. » Il nous a été impossible, même auprès du médecin, qui ne se souvient plus, d'élucider la cause de la mort de P...

Ce cas est évidemment complexe. Ce malade a eu sur le membre inférieur droit, *une coxalgie, une arthrite du genou et une calcanéite*.

Pl... a conservé pendant trois ou quatre ans l'usage de la béquille. On peut l'expliquer par l'impotence musculaire qui devait être considérable à la suite de cette triple lésion du membre inférieur droit, peut-être aussi par la sensibilité du calcanéum. D'autre part, l'ankylose n'était pas complète; quand celle-ci fut définitive, le malade abandonna la béquille et se servit d'une canne, restée nécessaire probablement par son mal de Pott.

Car Pl..., non satisfait, s'offrit encore le luxe d'un mal de Pott, comme pour confirmer la nature bacillaire des lésions antérieures. Un de ses compatriotes, réséqué aussi de la hanche, et dont nous publions plus loin l'observation, nous écrivait à son sujet : « J'ai aperçu quelquefois Pl... en 1910. Bien que tout jeune, il était voûté et blanc comme un vieillard. Il a eu beaucoup de misères physiques et morales. Mon avis est que les unes et les autres ont contribué à sa mort. »

En somme, Pl... est mort près de vingt ans après la résection de la hanche, d'une maladie indéterminée. Sa

guérison s'était maintenue avec un résultat orthopédique aussi satisfaisant que possible, étant données l'étendue de la résection nécessaire et la coexistence d'autres lésions également dystrophiantes. *L'ankylose était parfaite, en bonne position, avec un raccourcissement fonctionnel de 7 centimètres.*

OBSERVATION 26

(Voir obs. XXVII de la Contribution.)

C... Lucien, de Brezins.

Entre en février 1891, âgé de 3 ans. Coxalgie droite ayant débuté il y a trois mois par des douleurs dans la fosse iliaque et la jambe. Puis, un *abcès* s'est formé à la partie supéro-interne de la cuisse. Un médecin *a ouvert cet abcès il y a quinze jours*. On n'a pas d'autre renseignement. Cuisse déformée en *gigot* volumineux; flexion, adduction. *Large fistule à la partie postéro-externe*; pus jaunâtre, crémeux, bien lié. *Abcès au pli inguinal*, avec une *toute petite fistule*. Douleurs très vives. Mouvements impossibles; le bassin est entraîné. L'état général est des plus précaires. *Cachexie avancée*; pâleur, maigreur, fièvre intense. La résection s'impose.

Le 16 février : résection de la hanche, juxta-trochantérienne. La tête fémorale est presque entièrement rongée; presque plus de cartilage d'encroûtement. La cavité cotyloïde a perdu son cartilage; le doigt y sent de nombreuses rugosités, mais il n'y a pas de perforation. La *coxalgie a débuté par la tête fémorale*, et la cavité cotyloïde, dont les lésions sont superficielles, n'a été atteinte que secondairement. *Le 13 mai : trois mois après, la résection est guérie.* Bandage ouato-silicaté avec lequel on renvoie l'enfant. Il doit revenir dans deux mois. — *Le 10 août : cicatrisation*

parfaite, mais pas d'ankylose. *Silicate*. — *Le 13 novembre* : santé excellente. *Pas encore d'ankylose*. Flexion possible jusqu'à l'angle droit. Indolence complète. *Tuteur orthopédique*. L'enfant est emmené par ses parents, complètement guéri, neuf mois après la résection.

En décembre 1893 : environ trois ans après la résection : état général bon ; hanche absolument indolore ; l'enfant va à l'école, il marche et court sans douleur, mais en boitant ; il ne se sert ni de bâton, ni de tuteur. On a exhaussé de 2 cent. 5 la semelle du côté opéré pour compenser le raccourcissement fonctionnel qui est d'environ 7 centimètres. Le raccourcissement apparent à la mensuration est de 5 cent. Atrophie manifeste. Il n'y a pas de fistules. Les mouvements de rotation, d'adduction et d'abduction existent. Donc *pas d'ankylose*. L'enfant peut se baisser pour ramasser un objet, mais pour le faire, il est obligé de porter le membre malade en arrière. L'enfant a alors 6 ans. Ce sont les dernières nouvelles que l'on a de lui.

En 1911, nous apprenons que C... est mort en décembre 1909, dans un asile. Les renseignements obtenus sur son état mental permettent de porter le diagnostic rétrospectif de *démence précoce*, terminée, dans un état de cachexie extrême, par des phénomènes de méningo-encéphalite. *La résection datait de dix-huit ans*. Au point de vue local, on sait que la guérison parfaite constatée en 1893, trois ans après, s'est maintenue. L'ankylose, qui n'existait pas à cette époque, s'est affermie peu à peu. Il y avait, en tout cas, *ankylose très serrée*, sinon complète. Il avait gardé pendant deux ans environ l'usage de son tuteur orthopédique, qui fut remplacé simplement par une chaussure à talonnette intérieure. Au bout de quatre ou cinq ans, il se contenta d'une *chaussure ordinaire*. *La jambe tombait droite*, nous dit son frère, et il ne devait pas y avoir plus de 4 centimètres de raccourcissement fonctionnel. Il boitait évidemment, mais cela ne l'empêchait pas de *marcher sans fatigue, longtemps, sans appui, et même de courir*. Il exerçait le métier

d'ouvrier tailleur, mais il prit peu à peu le « moral pensif », dit-on, se livra aux excès alcooliques et on dut l'interner dans un asile, où il est mort au bout de deux ans environ.

Ce malade avait une *coxalgie surtout fémorale*, où la suppuration fut précoce (3 mois après le début); à son entrée, il y avait *deux fistules*, et l'enfant était déjà dans un état de *cachexie*, avec amaigrissement et fièvre. La résection s'imposait; seule elle pouvait le sauver. Et de fait, au bout de neuf mois, l'état général avait changé du tout au tout, et l'enfant pouvait être emmené par ses parents, complètement guéri sans fistules, avec un tuteur orthopédique.

Ce malade a été *réséqué à l'âge de 3 ans*, c'est-à-dire à un âge où, d'après les expériences d'Ollier, le fémur s'accroît plus par en haut que par en bas, contrairement à ce qui a lieu plus tard, à partir de quatre ans, où l'accroissement inférieur prédomine et arrive, à un moment donné, à être le triple de l'accroissement supérieur. Mais il faut remarquer que l'on n'a fait qu'une résection juxta-trochantérienne, qui ne compromet pas l'accroissement du fémur par le cartilage sous-trochantérien, très actif à cet âge.

En 1909, le raccourcissement fonctionnel n'était plus que de 4 centimètres, alors qu'en 1893, il était de 7 centimètres. Il est vrai qu'en 1893, la hanche n'était pas ankylosée du tout, que le moignon fémoral avait probablement glissé dans la fosse iliaque; depuis, la hanche s'est ankylosée, probablement en légère abduction, avec inclinaison du bassin du côté réséqué, ce qui a permis une compensation de 3 centimètres, réduisant le raccourcissement fonctionnel de 7 à 4 centimètres.

OBSERVATION 27

(Voir obs. XL de la Contribution.)

C... Vincent, de Lyon.

Entre en mai 1892, âgé de 4 ans. Coxalgie gauche, à début indéterminé, sans abcès. Pointes de feu; immobilisation en silicates renouvelés de trois mois en trois mois. En février 1893 : abcès avec fusée le long de la cuisse, amaigrissement marqué.

Le 23 février 1893 : résection de la hanche. Lésions surtout féminales, sur le col. Pas de lésions acétabulaires. Pas de drainage pelvien. Résection médio-cervicale. — Le 23 octobre : huit mois après la résection, guérison complète. Ni suppuration, ni douleur. Ankylose incomplète. Tuteur orthopédique. — En mai 1894 : quinze mois après, hanche toujours sèche. Ankylose fibreuse serrée. Pas d'adduction. Le tuteur orthopédique, conservé jusqu'à présent, a rendu service. La marche et la course sont faciles: il écarte la base de sustentation, en portant la jambe saine en abduction et en produisant un genu valgum du côté réséqué. Raccourcissement apparent à la vue de 4 cent. 5; à la mensuration 3 cent.; réel 1 cent. 2. Flexion à 35°. Rotation en dehors à 45°. Le pied gauche est raccourci de 1 cent. 5. Pour corriger la claudication, on fait exhausser de 2 cent. la semelle du soulier du tuteur. Bon état général. Aucune manifestation de tuberculose viscérale.

En 1906 : mort de tuberculose pulmonaire, treize ans après la résection. Sa sœur, qui nous donne ces renseignements, dit qu'il est resté bien guéri de sa coxalgie. Ankylosée, sa jambe était en bonne position. Il marchait assez bien, sans appui, avec un soulier à semelle intérieure, corrigéant le raccourcissement fonctionnel de 6 centimètres environ.

OBSERVATION 28

(Voir obs. XLV de la Contribution.)

G... Marie.

Entre en février 1893, âgée de 8 ans. Coxalgie gauche ayant débuté, il y a deux mois, par de la boiterie et de la douleur à la partie postéro-supérieure de la région trochantérienne. Pas d'abcès. Mise en traction pendant quatre mois. — Le 5 juin : Silicate. — Le 17 octobre : rentre avec un état général assez mauvais et une hanche tuméfiée et douloureuse, mûre pour la résection. La position en adduction et le toucher rectal permettent de faire le diagnostic de coralgie acétabulaire et de perforation du cotyle.

Le 23 octobre : résection de la hanche. On trouve l'acétabulum perforé, la tête fémorale intacte, des lésions ulcéreuses du col au niveau du cartilage d'accroissement et de l'épiphyse. Cartilage d'encroûtement intact. Résection juxta-magni-trochantérienne. — En décembre 1894 : la résection date de quatorze mois. Après plusieurs rechutes, elle a guéri au bout de huit à neuf mois d'une façon qui paraît définitive. Il n'y a plus de fistules, ni empâtement, ni douleur. Toutes les cicatrices sont sèches, blanches, déprimées. Pas d'adduction, pas de flexion, rotation en dehors. Pas d'ankylose. Ascension du grand trochanter, 4 cent. 5. Raccourcissement apparent à la vue, entre les malléoles : 3 cent. 5 ; à la mensuration : 2 cent. 5. Allongement réel : 2 centimètres. Longueur du fémur, côté réséqué : 31 centimètres ; côté non réséqué : 28 centimètres. Mais le tibia du côté réséqué a 1 centimètre de moins en longueur. Atrophie musculaire peu sensible. Part pour Giens avec un silicate de voyage et commencera à marcher avec des béquilles.

Nous n'avions plus eu de nouvelles de cette malade, lorsqu'elle vint, treize ans après, en 1906, accoucher à la Maternité de la Charité de Lyon. M. le docteur Commandeur, intéressé par ce résultat éloigné de résection de la hanche,

l'examina attentivement et publia son observation détaillée aussi bien au point de vue orthopédique qu'au point de vue obstétrical (1). Nous la résumons brièvement : « Après sa résection, la malade recommença à marcher à 9 ans et demi et à partir de ce moment elle fut considérée comme entièrement guérie. Il y a une déformation sérieuse du bassin, qui est fortement asymétrique. Le côté gauche (de la résection) est rétréci par atrophie, le côté droit est rétréci par refoulement de la cavité cotyloïde. Cette asymétrie est encore aggravée par une forte projection du promontoire en avant et l'existence d'un faux promontoire sacré. *Le promonto-sous-pubien mesure 9 cent. 5*, ce qui permet d'évaluer le diamètre utile à 8 centimètres seulement. Cet ensemble fait craindre des difficultés sérieuses au moment de l'accouchement. Cependant, comme elle est à dix jours du terme, on laisse aller et elle accouche spontanément, par le sommet, d'un enfant de 3.430 grammes, qui a pu s'engager grâce à une souplesse très grande de la tête et aux faibles dimensions de celle-ci, le bipariétal mesurant seulement 8 centimètres.

« Au point de vue orthopédique, le raccourcissement fonctionnel est de 10 centimètres. Le raccourcissement réel est de 7 centimètres, dont 2 centimètres pour le tibia. Le raccourcissement est exagéré au point de vue fonctionnel par une *subluxation iliaque* de l'extrémité supérieure du fémur qui est nettement remonté au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. Atrophie assez marquée. *Pas d'ankylose*. L'articulation présente une assez grande mobilité. Les mouvements de flexion et d'extension sont conservés jusqu'à leur extrême limite; mais l'abduction est assez limitée. Lorsqu'on examine la femme debout, on est frappé par

(1) Voir la communication du Dr COMMANDEUR. *Lyon Médical*, 1907, tome II, page 362. Résultats fonctionnels et histoire obstétricale de 2 résections de la hanche, faites il y a dix ans, l'une par M. Vincent, l'autre par M. Rochet.

l'attitude relativement correcte du membre malade. Comme on peut le constater sur la photographie, il est franchement parallèle au membre sain, et la légère adduction de la cuisse que l'on observe est bien plus apparente que réelle, due surtout à la subluxation iliaque du fémur. Ce qui domine, c'est le raccourcissement auquel elle cherche à remédier en mettant *le pied en équinisme*; le pied repose sur le sol uniquement par la pointe; mais, même dans cette attitude, la correction n'est pas parfaite et il existe un peu de latéro-version du bassin à gauche avec scoliose lombaire compensatrice. La marche s'effectue avec une boiterie à oscillation latérale gauche très marquée, résultant du raccourcissement du membre et de la subluxation de la hanche. La mobilité parfaite dans le sens flexion, extension, rend la boiterie moins pénible. Malgré ce raccourcissement et la luxation iliaque du fémur, *cette malade n'est pas une impotente.* C'est une boîteuse qui, évidemment, se fatigue facilement, mais qui peut cependant vaquer sans trop de peine à ses occupations habituelles et gagner sa vie (Marie G... est plieuse de velours). Bien que mobile, son membre est donc *suffisamment solide.* » (Voir photos, pl. I.)

En 1911, cherchant à retrouver cette malade, nous parvenons, malgré plusieurs changements de domicile, à apprendre que, très malheureuse depuis la naissance de son enfant naturel, elle est retombée malade et a dû aller à l'hôpital. Elle était, en effet, allée se faire soigner à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur V... Depuis quelques mois, sa hanche était douloureuse et s'était *fistulisée par les anciens orifices de drainage.* Dans le courant de décembre 1910, janvier 1911, on essaye de tarir les fistules par des injections de mélange bismuthé de Beck. Mais la malade se cachectise peu à peu, s'émacie; son ventre grossit. *Elle meurt, le 11 mars 1911, de granulie.* Il est regrettable que l'autopsie de cette malade, venue mourir à l'hôpital, n'ait pu être faite. Il eût été intéressant de constater l'état exact de la hanche et du bassin. On a si rarement l'occa-

sion de pouvoir contrôler le résultat éloigné d'une opération.

Ce cas de Granger est instructif à divers points de vue.

D'abord la *gravité de la coxalgie avec lésions surtout pelviennes, acétabulaires avec perforation du cotyle*. Malgré le drainage pelvien qui, en éconduisant la suppuration, prévient les stases pelviennes et l'action du pus sur les os et le périoste pelvien, une coxalgie acétabulaire est toujours longue à guérir. On n'est pas sûr, enfin, d'enlever tout ce qui est malade du côté du bassin. D'où ces suppurations longues, récidivantes, malgré les meilleurs drainages. Dans le cas présent, la guérison a paru établie en quatre à cinq mois, l'opérée marchait déjà avec des béquilles. Rapidement, il y a eu récurrence de la suppuration, et il a fallu, en réalité, neuf mois pour obtenir la guérison définitive.

Granger nous a offert un exemple *d'allongement atrophique réel*, portant sur le fémur lui-même, dont une partie a été réséquée. *Quatorze mois après la résection, on constate que le fémur du côté réséqué a 3 centimètres de plus en longueur que l'autre*. Ollier a bien étudié ces allongements atrophiques compensateurs, qu'il attribuait à l'hyperplasie du cartilage inférieur du fémur. Comme cela a lieu le plus souvent, cet allongement n'a été que temporaire, puisque douze ans après, alors que la malade âgée de 21 ans a atteint le développement complet de sa croissance, cet allongement a fait place au raccourcissement réel habituel, ici de 7 centimètres, dont 5 pour le fémur. C'est en effet un phénomène irritatif qui cesse en même temps que l'inflammation. Les mensurations du fémur ont été : côté réséqué en 1894 : 31 centimètres;

côté non réséqué en 1894 : 28 centimètres; côté réséqué en 1906 : 34 centimètres; côté non réséqué en 1906 : 39 centimètres.

Nous voyons par ces chiffres que, pendant que le fémur sain s'allongeait de 11 centimètres, le fémur réséqué, en avance de 3 centimètres, ne gagnait en somme que 3 centimètres, restant en retard de 5 centimètres.

Cette malade offre encore un intérêt *au point de vue obstétrical*, grâce à l'obligeance de M. Commandeur. Malgré une asymétrie très marquée et un diamètre promonto-pubien utile réduit à 8 centimètres, l'accouchement se fit spontanément. Ce cas confirme l'opinion bien consacrée par l'expérience, que les anciennes coxalgiques accouchent facilement, que *le bassin coxalgique n'a pas pour corollaire forcé une intervention obstétricale*, mais que, néanmoins, il faut s'en méfier et faire un examen soigneux, aidé de la radiographie.

Quant à la question de *l'influence de la résection sur la déformation du bassin*, il faut, croyons-nous, distinguer les cas. Si, dans les coxalgies à localisation surtout fémorales, on peut accorder que « le traitement par telle ou telle méthode, opératoire ou non, n'a rien à faire dans la question », comme le dit M. Coudray (1), peut-être n'en est-il pas de même dans les coxalgies acétabulaires suppurées, comme celle de Marie Gr... Ce sont ces formes qui retentissent le plus fâcheusement sur la croissance du bassin, cela se conçoit, et d'une façon d'autant plus marquée que la coxalgie a évolué à un âge moins avancé, et que la suppuration a été plus intense. *Il ne faut*

(1) Voir article de M. COUDRAY. Coxotuberculose et son traitement. *Revue de Chirurgie*, 1911, page 431.

pas dire, et M. Vincent n'a jamais prétendu que le traitement conservateur favorise plutôt les rétrécissements du bassin. Mais il n'est pas illogique d'émettre l'opinion, que la résection de la hanche, permettant seule le drainage pelvien à travers la perforation du cotyle et favorisant l'écoulement du pus, a certainement pour résultat de limiter la durée du processus d'ostéite, d'atténuer les phénomènes d'arrêt de développement et d'atrophie du bassin, c'est-à-dire les causes de dystocie pelvienne attribuables à la coxalgie. Pour refuser le droit à cette opinion, il faudrait prouver que si Gr... n'avait pas été réséquée, elle n'aurait pas eu un bassin plus déformé. Mais il faudrait d'abord prouver que si Gr... avait été maintenue au régime du traitement conservateur, elle aurait résisté à la suppuration, ce qui est peu probable, étant donné le pronostic sévère, bien reconnu, de ces formes à prédominance acétabulaire..

Enfin, Gr... nous offre un exemple d'absence complète d'ankylose, et de récidence longtemps, dix-sept ans, après la résection. Ce cas confirme parfaitement les préférences d'Ollier pour l'ankylose, non seulement au point de vue fonctionnel, mais aussi comme garantie de la guérison, tandis que « une articulation est d'autant plus exposée au retour des processus tuberculeux et autres, qu'elle fonctionne davantage. Il en est, après les résections, comme après les cures spontanées de la coxalgie : la suppression de l'articulation par la fusion des os est la meilleure garantie de la guérison ». Gr..., de par la mobilité de sa hanche, était prédisposée à faire une récidence, qui fut occasionnée chez elle par la misère physique et morale. Elle finit par faire une généralisation de sa tuberculose locale et en mourut dix-huit ans après la résection.

OBSERVATION 29

F... Louise, de Saint-Jean-le-Vieux.

Entre en août 1895, âgée de 11 ans. Deux sœurs mortes de méningite à 5 et 7 ans. Début de la coxalgie il y a trois mois. Elle a porté un silicate pendant deux mois. A l'entrée, adduction considérable, ensellure marquée. Pas d'abcès, pas de craquements articulaires. Etat général passable. Rien aux poumons. Pointes de feu. Redressement et silicate. — 9 octobre : mise en traction continue qui soulage notablement les douleurs. Empâtement de plus en plus fluctuant à la région antéro-interne du triangle de Scarpa. Ascension du grand trochanter à 3 cent. 5 au-dessus de la ligne de Nélaton. Subluxation. Raccourcissement réel, 2 cent. 5.

Le 19 décembre 1895: résection de la hanche. Lésions acétabulo-fémorales. La cavité cotyloïde n'est pas perforée, mais elle est dénudée sur quelques points et très agrandie en arrière et en haut, ce qui explique l'ascension du grand trochanter. On enlève ce qui reste de la tête et du col. Curetage des fongosités. Ablation de petits séquestres. — 20 juin 1896 : suppure encore. Etat général excellent. Raccourcissement apparent intermalléolaire, 6 centimètres. S'en va avec un silicate. — En mars 1897 : ankylose complète, mais avec une adduction de 13 centimètres. Silicate. En juin : il persiste toujours une petite fistule un peu au-dessous du milieu de l'arcade de Fallope. Etat général peu merveilleux. Silicate. La malade n'a plus été revue depuis cette époque.

En 1911, nous apprenons par sa mère que l'opérée est morte d'épuisement le 21 juillet 1908, treize ans après la résection. La hanche était ankylosée, la jambe légèrement déviée en dedans, et plus courte de 7 à 8 centimètres. Elle marchait avec un soulier à semelle plus épaisse. La fistule avait continué à donner. Lorsqu'elle est morte, elle ne mangeait plus et était d'une maigreur effrayante.

Cette opérée, réséquée pour une coxalgie suppurée avec lésions acétabulo-fémorales, n'a; en somme, jamais été guérie complètement. Il a toujours persisté une fistule et la malade est morte, treize ans après la résection, d'épuisement par la suppuration, peu abondante probablement, mais incessante.

OBSERVATION 30

F... Antoine.

Entre en novembre 1895, âgé de 13 ans. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Coxalgie gauche ayant débuté il y a cinq mois. Repos absolu depuis trois mois. A l'entrée, flexion à 60°, adduction et rotation en dedans. La percussion du grand trochanter est très douloureuse. Mouvements passifs impossibles à cause de la douleur. Pas d'ascension du grand trochanter. Raccourcissement réel de 1 centimètre. Atrophie marquée. Les parties molles de la région trochantérienne sont très empâtées, mais il n'y a pas d'abcès. Silicate pour trois mois et pointes de feu. — Mars 1896 : le malade revient. On enlève le silicate. Pas d'amélioration. Etat général peu satisfaisant. Amaigrissement. On trouve un abcès sur la face interne de la cuisse avec une collection dans la fosse iliaque correspondante. Légère subluxation. On ponctionne l'abcès (pus mêlé de sang) et on fait une injection d'éther iodoformé. Deuxième silicate. — Mai : au bout de deux mois, on le ramène, parce qu'il maigrit encore et qu'il souffre dans son silicate. Abcès volumineux en arrière du grand trochanter, faisant une très forte saillie. Les mouvements sont très douloureux, mais possibles sans provoquer de craquements. Le toucher rectal est négatif : rien dans le bassin.

18 mai 1896: devant l'évolution rapide, suppurative et cachectisante de la coxalgie, malgré l'immobilisation soigneuse en silicate pendant un an, on se décide à intervenir.

Grande quantité de pus grumeleux. L'abcès rétro-trochantérien communiquait avec l'abcès antéro-interne. *Résection. Décapitation.* Fongosités abondantes, dont la présence dans l'articulation pouvait expliquer l'absence de crépitation articulaire. *La cavité cotyloïde est agrandie et son fond présente une très petite perforation; pas de collection pelvienne.* — *Mars 1897* : l'état général s'est amélioré très manifestement. Presque plus de suppuration. On fait une injection de teinture d'iode par le trajet fistuleux. On renvoie le malade avec un silicate. — *Juin* : toutes les fistules sont taries. L'attitude est bonne. Atrophie très marquée. E.I.A.S. à M.E. droite 76; E.I.A.S. à M.E. gauche 70. *Ankylose complète.* Pas de douleur pendant la marche. *Etat général bon.* Appétit excellent.

En 1911, son père nous écrit qu'il était bien guéri de sa coxalgie, qu'il marchait bien avec une canne et un soulier à semelle intérieure de 7 centimètres, cela sans douleur. Il exerçait le métier de tailleur. En 1903, il fut pris de violents maux de tête. Il entre à l'Hôtel-Dieu au bout de deux jours, le 7 février, et meurt de méningite le 13 février 1903, sept ans après la résection.

Le cas de F... est, en somme, une *coxalgie acétabulaire (adduction précoce)*, grave, qui a suppuré rapidement, compromettant gravement la vie (amaigrissement malgré immobilisation) et qui a nécessité la résection, onze mois après le début, seule ressource permettant de sauver le malade.

La guérison complète est obtenue au bout de treize mois, avec amélioration considérable de l'état général. qui se maintient excellent. Le résultat orthopédique n'est pas mauvais, le résultat fonctionnel non plus, et l'on ne peut mettre sur le compte de la résection la méningite terminale.

OBSERVATION 31

G... Alix, de Giens.

Entre en février 1898, âgée de 5 ans. Mal de Pott dorso-lombaire avec fistules. Souffre depuis trois ans d'une coxalgie gauche pour laquelle on l'a déjà immobilisée en silicate. A l'entrée, *adduction* considérable avec rotation en dedans. *Fistules* au tiers antéro-supérieur de la cuisse et à la fesse. Au niveau du grand trochanter, *abcès* fluctuant très manifestement. Le toucher rectal ne montre rien du côté du bassin. *Etat général mauvais.*

Le 7 février : résection de la hanche. Absence du col et de la tête, nécrose étendue du petit trochanter; tous ces débris perdus dans une *cavité cotyloïde* agrandie, *éburnée*. En somme, *coxalgie acétabulo-fémorale*. — *Au mois d'août, six mois après*, elle part pour le bord de la mer avec un silicate, et l'on n'a plus de ses nouvelles.

En 1911, le père, chef de batterie sur la côte méditerranéenne, nous écrit : « Ma fille n'a jamais eu d'autre maladie. L'abcès de la hanche s'est fermé quelques mois après son séjour à l'hôpital de Giens. La jambe malade était sensiblement plus mince et *plus courte de 2 centimètres*. Elle boitait légèrement, *mais marchait sans bâton, ni soulier spécial et jouait avec ses camarades*. Elle souffrait par moments d'une douleur légère occasionnée par nos changements brusques de température. *Elle est morte le 19 juillet 1904, presque subitement étouffée par le sang*. De l'avis des docteurs, elle est décédée à « l'âge de la puberté et de ses suites (?). »

Cette opérée, guérie en six mois, par la résection, d'une coxalgie acétabulo-fémorale fistulisée, avec mauvais état général, guérie avec un très bon résultat fonctionnel, est morte, d'après les dires du père, *très probablement d'hémoptysie foudroyante*, à l'âge de 11 ans, *six ans après la résection*.

OBSERVATION 32

N... Marie, de Villefranche.

Entre en février 1901, âgée de 9 ans. Coxalgie droite fistulisée depuis plusieurs mois. Adduction et rotation interne. Ascension du grand trochanter. Trajet fistuleux à la face antérieure de la hanche avec écoulement séro-purulent. Mauvais état général.

Le 19 février : résection de la hanche, juxta-trochantérienne; lésions uniquement fémorales. — Juillet : l'état général s'améliore. La suppuration persiste encore, peu abondante. — Novembre 1903 : l'état général est excellent. L'enfant a repris de l'embonpoint. Mais encore un peu d'empâtement dans la fosse iliaque. L'attitude est bonne, en abduction et légère flexion, permettant la marche. E.I.A.S. G.—M.E. 64; E.I.A.S.D.—M.E. 61; 3 centimètres de raccourcissement apparent à la mensuration. L'enfant a un tuteur avec lequel elle marche facilement. Actuellement, l'articulation, sans être complètement ankylosée, est assez enraidie pour qu'on ne craigne plus une ascension ultérieure du trochanter. On curette une petite fistule de la face antéro-supérieure de la région.

En 1911, sa grand'mère nous écrit « que la malade est morte en 1907. Elle marchait très bien, dit-elle, boitait à peine; elle faisait chaque jour une course de dix minutes pour se rendre à l'école. Un jour, elle vint me voir : Vois, grand'mère, comme je suis bien guérie, sautant, tournant comme une enfant absolument valide; elle tâta sa jambe malade et ne trouvait plus aucune place douloureuse. Quelques jours après, elle a enflé complètement, l'albumine s'en est emparée et elle est morte très rapidement. Elle n'avait jamais toussé. »

La radiographie faite en décembre 1903 montre bien que, grâce à l'abduction légère, le moignon fémoral a pu

prendre, sous l'avant-toit cotyloïdien, un point d'appui solide, qui l'empêchera de glisser plus haut dans la fosse iliaque. C'est ce qui explique le bon résultat fonctionnel accusé plus tard par sa grand'mère, puisque malgré un raccourcissement de 3 centimètres, qui a dû fatalement s'accroître un peu, la malade marchait très bien et boitait à peine.

Ce cas montre bien l'avantage d'une légère abduction, 1° par la solidité plus grande du point d'appui; 2° par la correction, dans une certaine mesure, du raccourcissement, grâce à l'inclinaison du bassin précisément du côté du membre le plus court.

Quant à la mort inopinée de cette opérée, la description de sa grand'mère permet de faire le diagnostic rétrospectif de *néphrite suraiguë*, sans rapport probable avec sa coxalgie, *plus de six ans après la résection de la hanche*.

OBSERVATION 33

C... Jeanne.

Entre en février 1895, âgée de 9 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement, rougeole et bronchite. Début il y a six mois. A l'entrée, abduction et rotation en dehors. Le pli de l'aîne est effacé; il y a là un abcès de la grosseur d'un œuf de poule. Ganglions pelviens et inguinaux. Mouvements provoqués assez étendus mais limités par la douleur. Pas de craquements articulaires. Allongement apparent de 3 centimètres. A la mensuration, 1 centimètre de raccourcissement. Peu d'atrophie. Le toucher rectal révèle la présence d'un abcès au niveau du fond cotyloïdien. — Le 4 mars : intervention. Sous anesthésie, la hanche paraît absolument libre. Incision antérieure. On arrive sur une

collection purulente dont le doigt, introduit dans la plaie, trouve l'origine *sur la face inféro-interne de l'ischion*, ce qui explique la propagation du pus dans le petit bassin. *L'articulation de la hanche ne montre aucune lésion*. Contre-ouverture à la fesse au niveau de la fosse ischio-rectale. Drainage. En somme, *ostéite du bassin*.

En novembre 1897, la persistance de la suppuration par une fistule décide à intervenir à nouveau. Par une incision longitudinale, on arrive sur la cavité cotyloïde ; les *surfaces cartilagineuses sont détruites* et s'enlèvent à la curette, qui ramène aussi des *morceaux de la tête du fémur*. En somme, l'ostéite de la tubérosité de l'ischion a gagné la cavité cotyloïde, dont le cartilage seul est profondément atteint, s'est propagée à la tête fémorale, au grand trochanter et à la diaphyse elle-même, dont le canal médullaire est élargi. On a fait en réalité *une résection de la hanche, juxta-trochantérienne*. Au cours du traitement post-opératoire, *fracture du fémur* à 10 centimètres environ au-dessous du trochanter. Puis on perd de vue la malade.

En 1911, nous finissons par retrouver sa mère qui nous raconte que sa fille avait fait, depuis son opération, plusieurs séjours à l'hôpital maritime de Giens, qu'elle allait assez bien, malgré la persistance d'une *petite fistule intermittente*. Elle avait *peu de raccourcissement, 3 centimètres* environ et *marchait bien, sans canne ni béquilles*. En été 1901, elle fit un séjour à Giens, d'où on la ramenait le 1^{er} octobre, toussant un peu. *Elle mourait le 17 octobre 1901*, en une après-midi, après avoir pris deux ou trois crises, au dire de sa mère, alors que la veille elle s'amusait encore, aidait un peu sa mère dans le ménage, et que rien ne pouvait faire craindre à ses parents cette mort brusque.

En réalité, cette malade a eu d'abord une ostéite de l'ischion (opérée en mars 1895), qui s'est propagée à la cavité cotyloïde, à la tête fémorale et au col. Il s'agit, par conséquent, d'une coxalgie secondaire. La résection de

la hanche, pratiquée en 1897, à cause de la persistance de la suppuration, n'a pas procuré une guérison radicale; il persistait une fistulette, intermittente il est vrai.

Le résultat orthopédique et fonctionnel n'était pas mauvais.

Elle est morte quatre ans environ après la résection, peut-être de méningite.

OBSERVATION 34

C... Eugénie, de Sauvain.

Entre en décembre 1894, âgée 11 ans. Il y a dix mois, elle fit une chute. Depuis, elle boite, et souffre de la hanche gauche depuis un mois à peu près. A l'entrée, extension, adduction et rotation interne. Raccourcissement apparent à la vue de 10 centimètres. Pas de craquements articulaires. Douleurs spontanées, surtout nocturnes. Au toucher rectal, on sent un empatement de la surface cotyloïdienne. E.I.A. S. à M.E. droite 61; E.I.A.S. à M.E. gauche 59; Gr. Tr. à M.E. droite 58; Gr. Tr. à M.E. gauche 56. Le grand trochanter est remonté de 2 cent. 5. Mise en traction, puis sili-cates successifs. — En décembre 1895, après un an d'immobilisation, près de deux ans après le début, le membre est en bonne position, mais la malade souffre toujours. Au niveau du grand trochanter, gros abcès du volume du poing. Pas d'abcès pelvien. Mise en traction. Ponction de l'abcès et injection d'éther iodoformé. — En février 1896 : érysipèle. L'orifice de la ponction se fistulise. Incision et curetage de l'abcès que l'on bourre de gaze iodoformée.

En juillet 1896 : toujours gros abcès en arrière, au niveau du grand trochanter. Résection de la hanche. Section du col. On enlève ce qui reste de la tête et du col. — En octobre, l'état général, mauvais à un moment donné, s'est amélioré quoique encore peu satisfaisant. — En janvier 1897, bon

II. — MORTS TARDIVES

N ^{os}	NOMS	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	AGE A LA RÉSECTION	LÉSIONS
24	D.....	Immobilisation.	11 ans.	Fémorales.
25	P.....	Résection d'emblée. (Disjonction épiphysaire).	11 ans.	Fémorales. (Séquestres.)
26	C.....	Résection d'emblée.	3 ans.	Fémorales. (2 fistules.)
27	C.	Immobilisation.	5 ans.	Fémorales.
28	G.....	Immobilisation 8 mois.	8 ans.	Acétabulaires. (Perforation.)
29	F.	Immobilisation. Redressement. Traction.	11 ans.	Acétabulo-fémora (Séquestres, subluxa)
30	F.....	Immobilisation 1 an.	13 ans.	Acétabulaires. (Perforation.)
31	G.....	Résection d'emblée.	5 ans.	Acétabulo-fémora (2 fistules.) Mal de Pott fistul
32	N.....	Résection d'emblée.	9 ans.	Fémorales. (Fistules.)
33	C.....	Coxalgie secondaire.	11 ans.	Pelvi-fémorales (Ostéite de l'isch (Séquestres.)
34	C.....	Immobilisation 1 an. Drainage.	13 ans.	Fémoro-pelvien (Subluxation. abcès pelvien

DE 4 ANS AU MOINS

ANKYLOSE	CAUSE DE LA MORT	MORT AU BOUT DE	AGE A LA MORT
Pas d'ankylose. Mouvements conservés.	Méningite.	4 ans.	15 ans.
Solide.	Affection hépatique (?).	20 ans.	31 ans.
Solide.	Maladie mentale.	18 ans.	21 ans.
Solide.	Tuberculose pulmonaire,	13 ans.	18 ans.
Peu serrée. Mouvements.	Récidive au bout de 10 ans. Péritonite tuberculeuse granulie.	18 ans.	26 ans.
Solide.	Suppuration.	13 ans.	24 ans.
Solide.	Méningite	7 ans.	20 ans.
?	Tuberculose pulmonaire (Hémoptysie.)	6 ans.	11 ans.
Solide en abduction légère.	Néphrite suraiguë (?).	6 ans.	15 ans.
?	Méningite.	4 ans.	15 ans.
Solide.	Suppuration.	12 ans.	25 ans.

état général. — En octobre, abcès de la fosse iliaque interne qu'on incise. Curettage d'un point d'ostéite de la branche horizontale du pubis. Drainage. Quelques mois après, elle part avec un appareil orthopédique et on ne la revoit plus.

En 1911, son père nous donne les renseignements suivants, par lettre : « Elle marchait sans bâton, mais la marche était un peu pénible. La jambe malade était de 2 centimètres plus courte que l'autre et portée un peu en dedans. Elle a porté son appareil pendant trois mois. La hanche était ankylosée; l'abcès donnait toujours de temps en temps. Elle n'avait pas d'albumine, mais, le soir, sa jambe enflait. Elle toussait un peu, mais pas beaucoup. Enfin, elle est morte des suites de sa maladie, au mois de mai 1908. »

Cette malade fut réséquée vingt-neuf mois après le début d'une coxalgie fémorale, suppurée depuis sept mois. La ponction de l'abcès, puis l'incision et le drainage n'avaient pas réussi à tarir la suppuration. Elle a quitté l'hôpital un an et demi ou deux ans après la résection, mais elle n'a jamais été vraiment guérie: une fistule persista toujours, et elle est morte, finalement, *d'épuisement* et de cachexie, *douze ans environ après la résection*. La hanche était, à ce moment, bien ankylosée et le résultat fonctionnel bon; il n'y avait que 2 centimètres de raccourcissement fonctionnel.

III

TROISIÈME GROUPE

Réséqués survivants en 1911 de 10 à 27 ans après.
Résultats définitifs.

32 OBSERVATIONS

OBSERVATION 35

(Voir obs. II de la Contribution.)

B... Alphonsine, de Biol.

Entre en mai 1884, âgée de 11 ans. Coxalgie gauche, à début assez rapide, il y a deux mois environ. — 2 juillet : abcès à la face antérieure de la cuisse, développé deux mois et demi après le début. — 4 juillet : arthrotomie et drainage.

1^{er} octobre : il persiste des trajets fistuleux. Une sonde cannelée, introduite par l'un des orifices, pénètre entre la tête fémorale et la cavité cotyloïde et fait reconnaître des lésions osseuses avancées. On incise à nouveau et on constate par le toucher que la tête et la cavité cotyloïde sont altérées. On décide la résection. Résection juxta-magnitrochantérienne. La tête fémorale est dénudée, déformée, atrophiée; le col a presque disparu; l'acétabulum est perforé. Drainage. — Décembre : cicatrisation per primam. La guérison semble en bonne voie. Les parents l'emmènent, deux mois après l'opération, malgré l'avis de M. Vincent.

En mai 1894 : dix ans après, on a l'occasion de revoir l'ancienne opérée, soustraite, au bout de deux mois, aux soins chirurgicaux. Elle a 21 ans; elle porte au cou et à la nuque des ganglions hypertrophiés, dont l'un s'est ouvert,

Elle ne tousse pas et paraît avoir un excellent état général. Mais l'état local est loin d'être brillant. La déformation est grande, l'attitude mauvaise (voir photo en 1894, pl. II). Il y a encore une fistule intermittente au niveau du triangle de Scarpa. Ascension apparente du fémur à près de 8 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Adduction; la ligne S.O.P. tombe à 8 centimètres en dehors de la malléole externe. Flexion à 50°. Raccourcissement apparent à la mensuration (de l'E.I.A.S. à la M.E.) de 10 centimètres; réel, de 6 centimètres. Genu valgum, de compensation de l'adduction, assez prononcé. Atrophie peu marquée. Pas d'ankylose; les mouvements de flexion et d'extension sont assez étendus.

Voilà la situation d'une réséquée abandonnée à elle-même depuis dix ans. On l'a emmenée deux mois après la résection; elle n'a été soignée par personne durant ce laps de temps. Durant cinq ans, elle n'a pas porté d'appareil; depuis cinq ans, elle s'est fait faire un tuteur orthopédique quelconque, avec semelle en bois, de 8 à 10 centimètres d'épaisseur, qu'elle ne porte que le dimanche, pour ne point l'user trop vite. A coup sûr, si cette malade avait été ramenée par ses parents, la déformation du membre eût pu être corrigée et les fistules taries; mais elle est très satisfaite de son état, parce qu'elle n'a jamais souffert depuis qu'elle a été opérée et qu'elle marche sans douleur, avec une béquille.

En 1911, nous pouvons examiner cette ancienne opérée d'il y a *vingt-sept ans*, la doyenne des réséqués de M. Vincent, à Biol, où elle est couturière. Elle a maintenant 38 ans.

L'état général laisse un peu à désirer; depuis quelques mois, elle a maigri de 8 kilogrammes, dit-elle. Son mé-

decin la soigne pour une dilatation d'estomac; elle présente, en tout cas, un syndrome très net de rétrécissement intestinal; il s'agit probablement d'une tuberculose intestinale à forme sténosante. Rien aux poumons. Le foie est de volume normal.

Jusque-là, elle s'était bien portée et ne souffrait pas de sa hanche, bien que, de temps à autre, une fistulette se rouvre, en haut et en arrière du moignon trochantérien.

L'ankylose n'est pas parfaite; mboilité d'ailleurs très légère. Le trochanter est notablement remonté. Le raccourcissement apparent à la mensuration est toujours de 10 centimètres, et le raccourcissement réel s'est maintenu à 6 centimètres. La flexion est légère. Presque pas d'abduction. Il y a une scoliose totale assez accentuée, à convexité du côté réséqué; cette scoliose est, sans doute, une scoliose de compensation, mais elle nous semble produite, surtout, par l'usage de la béquille, que B... n'a jamais pu se décider à abandonner pour une chaussure orthopédique.

Nous n'avons pu ni photographier ni radiographier cette malade. Nous ne pouvons montrer que la photo, datant de 1894. L'attitude est toujours la même. En 1894, d'ailleurs, elle avait 21 ans, et son développement était terminé. C'est ce qui explique aussi la non-variation des mensurations prises en 1894 et en 1911.

Il y a là une *persistance tenace d'une fistule*, s'ouvrant encore par intermittence, vingt-sept ans après l'opération. Mais cette fistulette siège au niveau du trochanter et a probablement pour cause un point d'ostéite limitée, dont aurait vite raison un curettage soigneux.

Le résultat fonctionnel est déplorable, puisque la malade ne peut se passer de béquille.

Mais, vraiment, *doit-on* endosser la responsabilité d'un tel résultat, chez une réséquée emmenée par ses parents deux mois seulement après et, depuis, absolument privée de tous soins? Non, pas plus qu'on ne serait responsable du résultat final d'une coxalgie simple, non opérée, que l'on ne reverrait plus après le premier silicate, ou qui serait abandonnée à elle-même au bout d'un mois de traction. Dans la résection de la hanche, l'acte opératoire est peu; les soins post-opératoires, chirurgicaux et orthopédiques sont presque tout. Ce sont eux qui font le résultat bon ou mauvais.

OBSERVATION 36

(Voir obs. XII de la Contribution.)

Y... Claudine, de Montrottier.

Entre en juin 1888, âgée de 8 ans. Coxalgie gauche, d'autant de près de trois mois. A l'entrée, *adduction très marquée*; la ligne S.O.P. passe à 5 centimètres en dehors de la malléole externe; flexion légère et rotation en dehors. *Pas d'abcès.* Peu de douleurs. — *4 juillet : redressement*, facile, sans effort, sous anesthésie. *Silicate.* — *18 octobre : abcès* du triangle de Scarpa, formé sous le bandage silicaté, trois mois après le redressement. La peau est brûlante, mais pas rouge. Devant cette suppuration précoce, et l'adduction initiale ayant précédé l'abcès, qui est, pour M. Vincent, un symptôme de lésion acétabulaire initiale, il se décide à faire la résection, sans attendre que l'état général, *déjà touché*, s'aggrave davantage.

23 octobre : résection de la hanche. Pus abondant. *Résection juxta-trochantérienne.* Tête presque intacte. Deux foyers sur le col, avec séquestres. *Large perforation de l'acétabulum*, qui permet l'introduction du doigt dans le bassin, après avoir cueilli les séquestres. Suppuration énorme.

Etat général mauvais ; s'améliore peu à peu en février 1889. — *Novembre 1889 : abcès considérable dans la fosse iliaque interne ; drainage pelvien multiple : inguino-acétabulaire, inguino-sciatique, trépanation iliaque.* — Avril 1890 : abcès à la face interne de la cuisse. Mauvais état général, cachexie, anasarque, albuminurie. — Août 1890 : deux ans après la résection, amélioration générale et locale. — *Mai 1891 : deux ans et demi seulement après la résection, la suppuration paraît vouloir se tarir ; elle est réduite à la sécrétion de deux trajets fistuleux. La santé générale s'améliore de même avec rapidité ; l'enfant engraisse à vue d'œil. Silicate.* — 27 août : rentre avec adduction énorme ; traction insuffisante, redressement *et silicate.* — 8 septembre 1892 : sortie définitive avec un tuteur.

8 décembre 1893 : on a des nouvelles de la malade ; plus de suppuration, les fistules sont fermées ; plus de douleurs. Elle n'a porté son tuteur que deux à trois mois, marche avec des béquilles.

En 1911, vingt-trois ans après la résection, nous re-voyons cette ancienne opérée avec un excellent état général. Depuis sa sortie, il n'y a pas eu de suppuration ni douleur. *L'ankylose est solide, en flexion légère et abduction à 6 centimètres, sans rotation. Le trochanter paraît remonté de 2 à 3 centimètres. Le raccourcissement fonctionnel est de 10 centimètres ; apparent à la mensuration de 8 centimètres ; réel de 4 centimètres. Elle marche sans appui, mais avec une boiterie très marquée, d'autant plus qu'elle ne porte pas de chaussure orthopédique. La marche se fait en équinisme.*

La résection a dû être faite, chez cette malade, sept mois après le début, pour une coxalgie, *suppurée malgré l'immobilisation*, alors que l'état général commençait à donner des inquiétudes, et parce que les signes cliniques

(adduction précoce, avant l'abcès) faisaient songer à une forme acétabulaire. Elle fut justifiée par les lésions trouvées à l'intervention; *perforation large de l'acétabulum, avec séquestres*; séquestres encore dans deux foyers sur le col. L'état général, d'abord aggravé après la résection, a subi des alternatives d'amélioration et d'aggravation, en même temps que l'état local, qui a nécessité plusieurs drainages pour des accidents de rétention, dans la fosse iliaque interne. Il y a eu, à un moment donné, de l'albuminurie avec anasarque. Et il a fallu plus de quatre ans pour que la guérison locale fût assurée complète et la santé générale définitivement rétablie. Ce fut donc une forme acétabulaire particulièrement sévère, assurément guérie, grâce à *la résection* et aux drainages multiples qui l'ont suivie. La guérison s'est maintenue.

Actuellement, nous retrouvons cette ancienne opérée, vingt-trois ans après, avec un *résultat fonctionnel satisfaisant* et un état général qui ne laisse rien à désirer. L'ankylose est solide; sur la *radiographie*, on voit le moignon fémoral soudé complètement au bassin, à peu près au niveau de l'ancienne cavité cotyloïde, mais en adduction manifeste. L'os iliaque est très atrophié du côté réséqué. Le détroit supérieur paraît peu vicié; il n'a jamais été utilisé.

OBSERVATION 37

(Voir obs. XIII de la Contribution.)

P... Louise, d'Annonay.

Entre en octobre 1888, âgée de 4 ans. A déjà été soignée par M. Vincent pour un spina ventosa du pouce gauche. Elle présente, depuis quelques mois, un abcès ou-

vert spontanément sur la partie externe de la cuisse, dans la région trochantérienne, avec *trajet fistuleux*, douleur, fièvre, agitation. — Le 3 novembre : grattage du trajet fistuleux. La fièvre persiste. — 8 novembre : *débridement*. On arrive sur le grand trochanter où on découvre une cavité que l'on curette.

12 novembre : La fièvre s'est maintenue toujours très élevée, douleurs vives, grande agitation. *Menaces de septicémie*. M. Vincent se décide à faire la résection pour drainer l'articulation où le pus séjourne malgré le drainage péri-articulaire. *Résection de la hanche gauche. Décapitation*. On trouve, au niveau de la naissance du col, près du petit trochanter, un foyer d'ostéite que la décapitation a permis de découvrir. On extrait un *séquestre* de ce foyer inter-trochantérien. Curettage. — 16 novembre : l'état général est toujours grave. Température autour de 39°. — Le 19 novembre : les parents veulent emmener la petite opérée, malgré toutes les observations. Gouttière Bonnet pour le voyage. — 25 octobre 1889 : un an après, les parents viennent montrer l'enfant à M. Vincent. Elle est *complètement guérie*. Raccourcissement réel de 3 centimètres environ. Claudication ; en marchant, elle porte la pointe du pied en dehors. Il y a des mouvements étendus dans la hanche. Etat général excellent.

Décembre 1893 : cinq ans après la résection, la mère écrit que sa fille va très bien, que la cicatrisation complète s'est maintenue depuis quatre ans, que l'enfant marche sans béquilles et sans semelle plus épaisse, *tout comme une autre*, que la jambe est plus mince et plus courte de 4 centimètres entre les chevilles internes. Le médecin ajoute que les mouvements d'adduction, d'abduction et de rotation de la cuisse se font sans douleur.

En 1911, nous retrouvons cette opérée, mariée à Nice, d'où elle nous écrit de ses nouvelles, en réponse à notre questionnaire : « Je me porte très bien, n'ai jamais eu

d'autre maladie. Je ne tousse pas du tout. Le pied est légèrement tourné en dedans. La jambe malade *tombe à peu près droite*. La hanche *n'est pas ankylosée*, les mouvements sont faciles. Etant couchée sur le dos, la distance entre les deux chevilles est de 7 centimètres. Je n'ai jamais porté de chaussure spéciale. Je marche sur la pointe du pied. Je fais de grandes courses, mais alors je boite davantage. Cependant, je ne souffre pas en marchant. Je suis mariée depuis quatre ans. Il y a deux ans, j'ai eu une grossesse. Mais vers le cinquième mois, je souffrais beaucoup. Les médecins ont décidé et ont fait un *accouchement provoqué* au cinquième (?) mois. Ils ont dit que j'avais la matrice (?) trop étroite et m'ont déclaré qu'il était préférable que je n'aie pas d'enfants.»

Ce cas est plutôt un cas de *coxite secondaire* à une ostéite avec foyer séquestrel, à la naissance du col, entre le col et le petit trochanter. Les phénomènes de résorption septique qu'elle a entraînés ont nécessité la résection, comme le seul drainage capable d'enrayer l'intoxication générale septicémique, dont la malade était menacée.

A mentionner le fait qu'elle a guéri assez rapidement et dans de bonnes conditions, bien que les parents l'aient soustraite à la surveillance chirurgicale, moins de huit jours après la résection. En somme, elle a guéri toute seule, probablement parce qu'elle devait guérir. Elle a même guéri en bonne position, sans avoir jamais porté d'appareil orthopédique. Est-ce l'explication de l'absence complète d'ankylose, même à l'heure actuelle ? C'est possible, mais on ne peut l'affirmer.

Nous n'avons pu élucider (absence de radiographie), les raisons qui ont décidé les médecins de Nice à provoquer un accouchement au cinquième mois chez cette malade. Cela laisse supposer que son bassin est extrêmement asymétrique, ce qui paraît cependant peu probable, étant donnée l'absence de toute lésion de l'acétabulum ou du bassin.

Le résultat fonctionnel est satisfaisant. La malade marche sur la pointe du pied sans chaussure spéciale.

Enfin, ce qui ressort très nettement de cette observation, c'est que cette malade était gravement menacée par la septicémie due à la rétention du pus dans l'articulation, malgré un drainage péri-articulaire, et l'on peut dire que si elle est vivante, c'est certainement grâce au drainage radical par la résection de la hanche.

OBSERVATION 38

(Voir obs. XIV de la Contribution.

D... François.

Entre en avril 1888, âgé de 6 ans. Coxalgie droite non suppurée, au début. Révulsion énergique à la teinture d'iode. Dix jours après, pointes de feu superficielles et silicate. — Août : rentrée. Tuméfaction chaude au niveau de la hanche, sans fluctuation. Pression douloureuse sur le grand trochanter. Installation en traction continue. Badi-géonnages iodés. — Septembre : abcès net. Ponction.

Octobre : le pus s'est reformé ; il tend à se faire jour à la partie interne, en dedans des vaisseaux fémoraux et en arrière vers l'ischion, en dedans. Arthrotomie. Deux incisions : l'une en dehors de l'articulation, l'autre en dedans de l'ischion. Par cette dernière, il s'échappe une grande quantité de pus ; curetage ; drainage en anse par les deux

incisions. — 26 décembre : malgré le drainage, il s'est formé, à la partie supérieure de la cuisse, en dedans des vaisseaux fémoraux, un *nouvel abcès qui paraît près de s'ouvrir*. L'écoulement de l'abcès primitif se fait cependant très bien par le drain en anse qui avait été placé sur la partie externe. C'est donc une fusée nouvelle. Alors, devant l'inefficacité du drainage établi, M. Vincent se décide à faire la résection de la hanche, « la plus haute expression du drainage articulaire ».

28 décembre : *résection juxta-trochantérienne*. Tête du fémur érodée. *Perforation spontanée de la cavité cotyloïde*; orifice à bords irréguliers, rugueux, *admettant le petit doigt*. Tout autour, masses fongueuses. — 3 novembre 1889 : dix mois après, part avec un silicate. — 10 décembre : revient parce qu'il souffre. Empâtement de la hanche. Induration des ganglions inguinaux. Membre en bonne position, pas de raccourcissement, mais pas d'ankylose. Part le 20 février 1890 avec un silicate. L'état général s'est nettement amélioré. — En février 1891, curettage radical d'une fistule, après débridement jusqu'à l'os. Traction continue. — En avril : silicate. — En septembre, on croit avoir obtenu l'ankylose.

En février 1892 : D... revient se faire examiner. La même fistulette persiste toujours. Ni empâtement, ni abcès, ni ganglions. Pas de flexion ni d'adduction, pied en légère rotation en dehors. Le grand trochanter est remonté de 1 centimètre 5. Le raccourcissement apparent à la mensuration (de l'E.I.A.S. à la M.E.) est de 3 centimètres. Le raccourcissement réel (du grand trochanter à la M.E.) est de 1 centimètre 5. L'atrophie des masses musculaires est assez marquée. Les mouvements sont conservés, sauf l'abduction. L'enfant marche continuellement sans bâton, sans grande fatigue. L'état général est toujours bon; l'enfant a encore engraisé. Il part avec un tuteur orthopédique pour immobiliser encore sa hanche.

En 1911, nous retrouvons D... Il a 29 ans et exerce le

métier de coiffeur. Il a un excellent état général. Il est gros et gras. Il n'a jamais été malade. Il a porté son appareil orthopédique pendant 3 ans après sa sortie de l'hôpital. La fistulette, qui avait persisté pendant longtemps (trois ans), à la partie postérieure de l'incision transversale, malgré des curettages répétés, s'est tarie peu après le dernier examen fait en février 1892 et ne s'est plus rouverte. Il n'a plus jamais souffert de sa hanche. Les cicatrices sont indolores, adhérentes à l'os. Le grand trochanter est nettement remonté, dépasse de 4 centimètres la ligne de Roser-Nélaton. La jambe est en adduction très légère; la ligne xypho-ombilico-pubienne tombe sur le milieu du cou-de-pied droit. Pas de flexion ni de rotation. Il y a seulement une *ankylose fibreuse, peu serrée*. On peut provoquer des mouvements de flexion à 45° environ et un peu d'adduction. L'abduction est impossible. Le raccourcissement apparent à la mensuration est de 6 centimètres. Le raccourcissement réel est de 2 centimètres seulement, dont 1,5 centimètre pour le fémur. Atrophie peu marquée, portant surtout sur la cuisse (47 centimètres de circonférence au lieu de 53). Le pied gauche à 1,5 centimètre de moins en longueur. Le malade porte un soulier à talonnette intérieure de 7 centimètres. (V. photos, planche II.)

D... est très content de son sort. Il vit « *comme tout le monde, comme s'il n'aurait pas été opéré* ». Il fait de la *bicyclette* sans dispositif spécial. Il a renoncé à la *moto-cyclette*, qui lui a valu plusieurs accidents. Il n'a besoin d'aucun soutien. Il peut marcher vite, et longtemps. Disciple de saint Hubert, il lui arrive de *chasser des journées entières, sans fatigue*. D'autre part, il exerce le métier de

coiffeur, qui exige la station debout presque toute la journée.

La résection n'a été faite, dans ce cas, qu'après *échec de l'immobilisation*, qui n'a pas empêché la suppuration de se manifester par deux abcès, l'un postérieur, l'autre antérieur, avec tendance de ce dernier à s'ouvrir à la peau; après *échec encore de l'arthrotomie et du drainage*, malgré lesquels un nouvel abcès se formait à la partie supéro-interne de la cuisse.

Il faut noter la ténacité et la persistance, pendant trois ans et demi, d'une fistule qu'il a fallu curetter énergiquement, alors que la résection a été pratiquement guérie en dix mois. Ces fistules persistantes semblent être en rapport (plus grande fréquence dans les coxalgies acétabulaires) avec les lésions du bassin, plus profondes, et dont la cure radicale exigerait l'exérèse complète, comme pour les lésions fémorales.

Il faut remarquer aussi le faible raccourcissement réel, 2 centimètres, au lieu de 1,5 centimètre en 1892. Malheureusement, ce faible raccourcissement est augmenté de 4 centimètres par la subluxation iliaque, très nette sur la radiographie. Le moignon fémoral a abandonné la cavité cotyloïde, peut-être parce qu'elle n'était plus habitable; la radiographie montre une atrophie marquée du bassin du côté droit (côté réséqué). *Mais bien que sa hanche soit subluxée, elle n'est pas « ballante »*; elle est suffisamment fixée par des éléments fibreux cicatriciels pour donner un point d'appui solide au membre inférieur, tout en permettant des mouvements de flexion et d'extension si précieux pour la marche. En somme, *excellent résultat fonctionnel*.

OBSERVATION 39

(Voir obs. XX de la Contribution.)

C... Jacques, de Panissières.

Entre en mai 1889, âgé de 7 ans. Une sœur atteinte de tuberculose pulmonaire; une autre guérie par ankylose d'une tumeur blanche du genou. Coxalgie gauche au début, sans abcès. Silicate. *Rentre quatre mois après avec un abcès volumineux* sous les muscles fessiers. Hanche en *adduction*, très douloureuse, surtout à la pression sur le grand trochanter.

Le 9 septembre : résection de la hanche. On trouve l'*acétabulum perforé* et la tête fémorale érodée, des foyers sur le col. *Décapitation.* Guérison en l'espace d'un an. Part avec un silicate en octobre 1890. On revoit l'opéré en janvier 1891. La guérison se maintient. Fistulette au siège du drain iliaque. Etat général bon. S'en va.

En 1911, nous retrouvons Ch..., ingénieur sans travail, revenu depuis peu à Panissières, et il nous écrit : « J'ai été opéré il y a vingt-deux ans. J'ai quitté l'hôpital en janvier 1891 avec un silicate, que j'ai gardé pendant six mois. Je n'ai pas porté d'appareil orthopédique depuis ce moment. J'ai conservé une petite fistule à l'orifice du drain du bassin jusqu'à l'âge de 18 ans. A cette époque, j'eus une crise grave et fus condamné par les médecins. La fistule s'était infectée, et il s'était formé un phlegmon de la racine de la cuisse. Celui-ci guérit pourtant au bout de quelques semaines et eut pour résultat la fermeture définitive de la fistule. Dès lors, je fus guéri complètement. Il paraît s'être fait une réfection complète des os opérés. L'articulation, assez souple, effectue tous les mouvements avec la moitié environ de leur amplitude

normale. *Je marche avec une canne, mais pourrais m'en passer.* J'ai fourni, par entraînement, des marches journalières de 25 à 30 kilomètres sans fatigue anormale. Je ne souffre pas en marchant, réserve faite de quelques douleurs rhumatismales légères et rares, fonction du temps. Resté faible et cachectique jusqu'à 18 ans, j'ai actuellement une vigueur au-dessus de la normale. »

Nous avons voulu contrôler et compléter ce bulletin de santé en allant voir Ch... à Panissières. Son état général est moyen. *Néphrite chronique* qui le maintient depuis deux ans au régime lacto-végétarien. Il a maigri en conséquence de 9 kilogrammes. D'autre part, il a eu *quelques bronchites* et présente *au sommet gauche un peu de rudesse respiratoire*. Il a l'intention d'aller passer l'hiver en Algérie.

Les cicatrices de la résection sont bien adhérentes, indolores et sèches. Le moignon trochantérien a ascensionné, mais est bien fixé. *Il n'y a pas d'ankylose*. Les mouvements de flexion se font jusqu'à 80° environ. L'abduction est impossible. La jambe tombe *bien droite*. Pas d'adduction. Pas de rotation. Pas de genu valgum.

Distance intermalléolaire : 7 centimètres. Circonférence cuisse : droite 46; gauche 39. Différence de longueur des pieds 1,5 centimètre. Il porte dans sa chaussure une talonnette intérieure de 5 centimètres, qui est suffisante pour lui permettre de marcher sans fatigue. La démarche n'est pas disgracieuse, parce que, bien qu'il n'y ait pas ankylose, bien que le trochanter semble remonté de 5 à 6 centimètres, il doit être là suffisamment fixé pour ne pas filer dans la fosse iliaque à chaque appui de la jambe. En somme, la démarche n'est pas celle d'une luxation congénitale, mais celle d'une ankylose fibreuse.

En tant que coxalgie acétabulaire, ce cas était grave. La cavité cotyloïde avait été rongée sur ses bords et perforée dans son arrière-fond par le processus tuberculeux. C'est là qu'était la lésion initiale et prépondérante. Grâce au drainage méthodique, la suppuration a été tarie dans l'espace d'un an, à part, il est vrai, une fistulette à l'orifice du drain iliaque. Cette fistulette a persisté pendant dix ans et ne s'est tarie qu'à la suite d'une vive infection secondaire. C'est surtout dans les formes acétabulaires que persistent pendant plusieurs années, des suintements fistulaires.

La résection a été indiquée par la formation d'un gros abcès, malgré l'immobilisation pendant quatre mois dans un silicate, par l'état général, et aussi par l'attitude précoce en adduction, qui, pour M. Vincent, signifie une prédominance des lésions du côté de l'acétabulum, et par conséquent une coxalgie de gravité toute particulière, exigeant un drainage soigneux qui ne peut être réalisé que par la résection.

Le résultat fonctionnel, constaté vingt-deux ans après l'opération, est bon. Il y a 7 centimètres de raccourcissement fonctionnel, chiffre élevé par l'ascension du fémur ; mais malgré cela, la marche est facile, même pour de longues courses, sans fatigue.

L'état général est moins brillant : néphrite chronique et probablement tuberculose pulmonaire imminente. Mais de cela, on ne peut incriminer la résection, ni même la coxalgie. C'est le terrain qui est propice à l'éclosion de la tuberculose, favorisée encore par le régime débilissant nécessité par une néphrite chronique.

OBSERVATION 40

(Voir obs. XXI de la Contribution.

B... Jeanne.

Entre en juin 1889, âgée de 4 ans et demi. Coxalgie gauche datant d'un an environ, allongement apparent de 1 centimètre. *Silicate.* — *Le 9 octobre* : sous le silicate, au pli de l'aîne, *abcès* profondément situé dans la gaine du psoas, passant sous le ligament de Poupert et les vaisseaux fémoraux qui sont soulevés. Légère adduction; flexion avec en-sellure.

14 octobre : résection de la hanche. La tête du fémur est en partie détruite. Résection au milieu du col. *La cavité cotyloïde* présente deux érosions au niveau desquelles on trouve *deux séquestres*, dont un assez gros, que l'on extrait. — *5 mars 1890* : au bout de cinq mois, *cicatrisation complète.* *Silicate.* En mai 1891, tuteur. Fait plusieurs séjours à Giens.

En décembre 1893 : on revoit la malade quatre ans après la résection. L'état général est excellent; rien à l'auscultation. Depuis huit mois, elle ne porte plus son tuteur qu'elle a cassé. Attitude en flexion. Adduction; la ligne ombilico-pubienne tombe à 9 centimètres en dehors de la malléole externe gauche. Rotation en dedans. Raccourcissement apparent à la vue, distance intermalléolaire = 8 centimètres. Raccourcissement apparent à la mensuration (de l'E.I.A.S. à la M.E.) = 7 centimètres. Raccourcissement réel (du squelette de la jambe) = 1 cent. 5. Le grand trochanter dépasse de 4 cent. 5 la ligne de Nélaton. Il est repoussé en arrière et il forme une saillie considérable. Toujours pas d'ankylose (après quatre ans d'immobilisation); il faut y renoncer. Les mouvements sont limités. La flexion permet à la malade de s'asseoir facilement. Dans la station debout, au repos, c'est la pointe du pied qui repose seule à terre. Dans la marche, elle pose d'abord la pointe, puis toute

la plante du pied avec force, et alors elle tourne son pied en dehors par le talon, l'avant-pied servant de pivot. Cette démarche manque de grâce, évidemment, mais la malade ne se prive pas pour cela de marcher et même de courir.

En décembre 1895, nouvel examen : la guérison persiste. La marche n'est pas douloureuse, mais la claudication est toujours très marquée. Raccourcissement apparent à la vue = 9 centimètres ; à la mensuration = 7 centimètres ; réel = 3 centimètres.

En juillet 1904 : la malade, mariée depuis un an, vient pour sa première grossesse à la Maternité de la Charité. L'examen du bassin donne les résultats suivants, que M. le docteur Commandeur a eu l'obligeance de nous communiquer : diamètre promonto-sous-pubien = 10 cent. 2. Le promontoire, légèrement dévié à gauche, n'est pas très saillant, moyennement élevé, accessible à 10,2 ; la moitié gauche du bassin paraît en partie redressée et semble inutilisable ; du côté droit, on fait le tour du détroit supérieur et l'arc antérieur est de faible courbure. En somme, bassin aplati et asymétrique. *Accouchement à terme, spontané*, d'un enfant de 3 kil. 680. (Voir radiogramme redressé du bassin, pl. III.)

Depuis, elle a eu deux accouchements prématurés à sept mois, et deux accouchements à terme, dont un seul aurait nécessité une application de forceps, à l'Hôtel-Dieu. Trois enfants vivants, bien portants.

En 1911, nous revoyons la malade. Elle a un bon état général. N'a pas eu de bronchite. Mais elle nous apprend que son père est mort poitrinaire, il y a plusieurs années. Atrophie marquée de la jambe gauche, qui est en adduction légère avec rotation en dedans à peine indiquée. La jambe tombe presque droite, le pied en équinisme. Les cicatrices sont adhérentes, indolores. *Pas d'ankylose*. Le mouvement de flexion se fait jusqu'à 45° sans entraîner le bassin. Raccourcissement apparent à la vue, ou rac-

raccourcissement fonctionnel (différence de hauteur des malléoles) : 12 centimètres. Raccourcissement apparent à la mensuration : 10 centimètres. Raccourcissement réel : 5 centimètres. Le grand trochanter pointe à 5 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Circonférence de la cuisse (38 à gauche au lieu de 46 à droite). La malade boite beaucoup. Elle s'obstine à faire usage d'un soulier à talonnette intérieure de 15 centimètres (!) surmonté d'un tuteur allant jusqu'à la racine de la cuisse, et qu'elle prétend indispensable pour maintenir son genou. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'attitude correcte de sa jambe se modifie fâcheusement lorsqu'elle est habillée de sa mécanique. Elle se met alors en adduction et en rotation interne très marquée, en même temps que le bassin s'élève du côté réséqué. Ce dernier élément est peut-être dû à l'exagération de la hauteur de la talonnette compensatrice, qui a 15 centimètres, alors que le raccourcissement fonctionnel n'est que de 12. Sa démarche est aussi disgracieuse, grâce certainement à cet appareil créé à son imagination. (V. photo, planche III.)

Encore un cas de *coxalgie acétabulaire*, dont le diagnostic soupçonné par le fait de l'adduction précoce, et surtout la suppuration rapide (16 mois après le début) malgré quatre mois d'immobilisation silicatée, ont commandé la résection. A noter la *rapidité de la guérison*, obtenue complète en cinq mois. Par contre, échec absolu de l'immobilisation pendant quatre ans en silicate, puis en tuteur, poursuivie dans le but d'obtenir une ankylose qui n'a jamais pu s'établir (flexion possible jusqu'à 45°).

L'histoire obstétricale de B... est aussi intéressante. Nous renvoyons le lecteur à nos réflexions sur le cas de Gr... (obs. 28) au même point de vue.

Le résultat orthopédique n'est pas des meilleurs, à cause de la luxation iliaque et de l'absence d'ankylose. Mais, selon nous, le résultat fonctionnel est rendu mauvais par la malade elle-même, et l'appareil bizarre qu'elle traîne avec elle et dont elle a posé elle-même l'indication.

OBSERVATION 41

(Voir obs. XXIV de la Contribution.

D... Antoine.

Entre en octobre 1888, âgé de 5 ans et demi. Début vers l'âge de 5 ans, spontané, lent. Coxalgie gauche, en adduction et rotation en dedans. Pas d'abcès. Silicate. — Janvier 1889 : attitude meilleure, pas d'abcès, pas d'empâtement, mais ganglions volumineux dans la fosse iliaque. Silicate. — Juin 1890 : un peu de fièvre, 38° à 38°5. Etat général encore satisfaisant. Flexion, adduction et rotation en dehors. Hanche volumineuse. Au pli de l'aîne, gros abcès formé deux ans après le début, malgré les bandages silicatés et une guérison apparente pendant un an et demi. Douleurs vives. Craquements articulaires. Le toucher rectal montre que l'abcès se prolonge dans le bassin.

Le 9 juin 1890 : résection de la hanche, médio-cervicale. Le fond de la cavité cotyloïde est détruit, ses bords rongés. Lésions secondaires de la tête. — En juin 1891 : résection guérie depuis quatre mois, à part une fistulette à l'extrémité de l'incision arciforme. Part pour Giens. — En juin 1892 : après un an de séjour au bord de la mer, qui a fait grand bien à l'opéré, celui-ci marche sans souffrance, mais toujours sur la pointe du pied, à cause de la flexion. Toujours la même fistulette. Pas d'ankylose osseuse, mais ankylose fibreuse assez serrée; le jeu des mouvements est assez li-

mité. Ascension trochantérienne de 3 centimètres. Flexion à 30°. Adduction peu marquée. Raccourcissement apparent à la vue, 4 centimètres. Pas de raccourcissement réel. Tuteur orthopédique.

Mai 1894 : quatre ans après, la guérison locale s'est maintenue. Plus de fistules. Etat général parfait. Rien aux poumons. Pas d'ankylose serrée. Hanche indolore. L'atrophie tend à diminuer. Tendance à l'adduction; flexion insensible. Raccourcissement apparent à la mensuration de 1 centimètre 5, réel de 1 centimètre. L'enfant marche aisément. Au repos, il appuie la plante du pied devenu creux. Dans la marche pieds nus, il n'appuie sur le sol que l'avant-pied et la colonne se fléchit en scoliose lombaire lorsque le pied appuie par le talon. On donne à l'enfant un tuteur fémoro-pelvien à vis abductrice pour combattre l'adduction, qui a tendance à s'accroître.

En 1911, nous retrouvons D..., qui exerce la profession assez pénible de *tôlier pour fourneaux*. Il a toujours un excellent état général. Il a porté son tuteur pendant trois ans. Il n'a plus eu d'abcès ni souffert de la hanche. Les cicatrices sont bien déprimées. *Ankylose serrée*. Flexion à 30°, 35°. Adduction légère, la ligne ombilico-pubienne passe juste en dehors de la face externe du genou. Pas de rotation du pied. Raccourcissement fonctionnel (distance intermalléolaire) de 7,5 centimètres. Raccourcissement apparent à la mensuration de 7 centimètres; réel, de 2 centimètres seulement, dont 1 centimètre pour le fémur. Le grand trochanter est toujours à 3 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Dans la station debout (voir photo, pl. IV), et dans l'attitude hanchée sur le côté sain, les pieds nus, le pied gauche est en équinisme et appuie sur les articulations métatarso-phalangiennes. L'ancien opéré, corrige ce raccourcissement

par un soulier orthopédique avec talonnette intérieure, haute de 6,5 centimètres. Il ne s'est jamais arrêté dans son travail et *marche assez longtemps sans fatigue, sans canne.*

D..., traité d'abord par l'immobilisation silicatée, fut considéré comme guéri pendant un an environ. Mais il fit une rechute et sa coxalgie suppura rapidement avec gros abcès au pli de l'aîne et abcès dans le bassin, avec douleurs très vives, atteinte de l'état général, adduction précoce confirmant les données du toucher rectal au point de vue du siège acétabulaire des lésions. Tous ces éléments imposèrent l'indication d'une résection, qui fut faite deux ans après le début de sa coxalgie, qui guérit assez rapidement (huit mois) permettant à l'état général de se remonter peu à peu.

La *radiographie* montre que le moignon fémoral surmonté du trochanter bien en place et faisant corps avec lui, est fixé un peu au-dessus de ce qui fut autrefois la cavité cotyloïde. Il semble là engainé par de forts trousseaux fibreux, qui font une ombre en demi-teinte sur l'image radiographique. (Voir radiographie, schéma, planche IV.)

Le résultat orthopédique n'est pas mauvais. Le raccourcissement réel n'est que de 2 centimètres, mais il est porté à 7 centimètres par l'ascension du fémur (3 centimètres) et par la flexion, à laquelle il faudrait attribuer les deux autres centimètres. Le résultat fonctionnel, amélioré par le soulier orthopédique, est très satisfaisant, puisque D... marche sans fatigue, sans appui, et est capable de gagner sa vie et celle de sa famille en exerçant un métier plutôt pénible.

OBSERVATION 42

(Voir obs. XXVI de la Contribution.)

B... Antoine.

Entre en avril 1888, âgée de 4 ans et demi. Coxalgie droite ayant débuté il y a six mois environ, ayant pris une allure subaiguë depuis trois mois, avec douleurs dans la hanche droite, gonalgie, puis claudication. Pointes de feu superficielles. *Silicate.* — En août 1889, après une absence de seize mois, adduction considérable; la ligne ombilico-pubienne passe à 12 centimètres en dehors de la malléole externe. *Silicate.* — *En décembre : abcès* à la partie supéro-interne de la cuisse. Ouverture au thermo. *Mauvais état général.* — 16 août 1890 : suppuration à peu près tarie. *Silicate.* — *Décembre : deux fistules persistent.* On se décide à intervenir. — *24 décembre : intervention.* On trouve une ostéite fongueuse nécrosante sur la face postérieure du rebord cotyloïdien. Dénudation jusqu'à l'ischion. Sur le versant postérieur du rebord cotyloïdien, il y a une cavité, d'où on extrait plusieurs séquestres, et qui fait communiquer la fosse iliaque interne avec la fosse iliaque externe. Curettage. Drainage.

26 janvier 1891 : la suppuration persistant abondante et fétide, on se décide à faire *la résection de la hanche* pour mieux drainer. Section du col, en empiétant sur le trochanter. Erosion du fémur à sa face interne sur une étendue de 10 centimètres; curettage. — Le 6 mai : collection pelvienne dans la moitié postérieure de l'excavation. Drainage iléo-sciatique. Amélioration locale et générale. — *Décembre : guérison en l'espace de onze mois,* avec tendance à l'ankylose en extension, abduction et rotation en dehors. Raccourcissement apparent à la mensuration de 2 centimètres. L'état général s'améliore de plus en plus. — *En juillet 1893 :* on remplace les silicates par un tuteur orthopédique et on envoie l'opéré à Giens.

Le 18 décembre 1893 : à son retour de Giens, trois ans après la résection, on note l'examen suivant: très bon état général. Rien à l'auscultation des poumons. Ganglions au pli de l'aîne. Cicatrices déprimées. Il persiste une fistulette insignifiante à la contre-ouverture iliaque. Il n'a pas porté son tuteur; il déclare qu'il marche bien mieux sans appareil. Dans la marche et la course modérée, il appuie non pas la pointe du pied, mais le talon sur le sol. Ce n'est que dans la course rapide qu'il frappe le sol par la pointe du pied. L'ankylose est très serrée, fibreuse. Raccourcissement apparent à la vue de 4 centimètres; à la mensuration de 4 centimètres 5; réel de 1 centimètre 5. Le grand trochanter est remonté de 3 cent. 5. Adduction légère; la ligne ombilico-pubienne tombe au milieu du cou-de-pied droit. Flexion à 30°. Légère rotation en dehors. Atrophie marquée.

En 1911, nous avons recherché cet ancien opéré. Malheureusement, nous n'avons pu retrouver sa trace que quelques jours précisément après son départ pour l'Amérique. Il était trop tard. *Ouvrier chaudronnier*, le patron qu'il venait de quitter et chez qui il travaillait depuis plusieurs années, nous dit que B... avait une excellente santé. C'était évidemment un boiteux; il avait près de 10 centimètres de raccourcissement (fonctionnel sans doute, c'est-à-dire apparent à la vue), et ne portait pas de chaussure spéciale. Mais c'était néanmoins *un boiteux très valide*. Il ne renonçait jamais à la tâche dans un métier très pénible et portait souvent de lourds fardeaux. C'était, dit M. S..., *mon meilleur ouvrier*, et c'est à mon grand regret que j'ai dû le laisser partir tenter la fortune en Amérique. Il y a deux ans déjà, d'ailleurs, il s'était embarqué une première fois, mais arrivé à New-York il ne put descendre à terre. Son infirmité le rendait « indé-

sirable » et il dut revenir. Il part, cette fois, muni de recommandations obtenues grâce aux démarches de son frère déjà émigré là-bas depuis plusieurs années, et sûr cette fois d'être agréé. Nous avons cependant à notre disposition sa photographie ci-jointe qui date de 1909. (V. photographies, planche V.)

OBSERVATION 43

(Voir obs. XXX de la Contribution.)

F... Eugénie, de Lyon.

Entre en avril 1891, âgée de 9 ans. Coxalgie gauche. Début, il a trois ans, à la suite d'une chute. Douleurs intenses. Claudication très prononcée. Flexion. Abduction et rotation en dehors. *L'état général est médiocre, un peu cachectique.* L'enfant ne tousse pas. — 24 avril : *pointes de feu* superficielles nombreuses; deux pointes de feu profondes servant à l'expulsion des fongosités qu'on broie sous la peau. *Silicate.* — 7 juillet : abduction, rotation en dehors complète. Douleurs très vives. Ascension, de 4 centimètres, du trochanter. *Abcès.* Sous anesthésie, les mouvements de l'articulation sont libres avec craquements.

28 juillet : *résection de la hanche.* Lésions du cotyle et de la tête secondaires et superficielles. Pas de perforation de l'acétabulum. *Lésions du col profondes et initiales.* Un *tunnel séquestrel* part du trochanter et suit tout le col. *Résection intra-magni-trochantérienne.* Evidement de l'extrémité supérieure de la diaphyse du fémur. Enormes masses fongueuses. — 7 décembre 1892 : *guérison*, ayant nécessité seize mois de traitement, retardée par une *repullulation anormale des fongosités* ayant déterminé des hémorragies abondantes et par des phénomènes de *rétenition*, ayant nécessité des incisions et des contre-ouvertures de drainage. *Pas d'ankylose.* *Silicate.* Va à Giens. — 20 novembre 1893 : il persiste un peu d'anémie, mais l'état général est bon.

Rien à l'auscultation des poumons. Pas d'adduction. Presque pas de flexion, mais rotation en dehors à 45°. *Bonne attitude. Pas d'ankylose.* Les mouvements existent réellement quoique un peu limités. Distance inter-malléolaire, ou raccourcissement fonctionnel de 6 centimètres. Raccourcissement apparent à la mensuration de 7 centimètres; réel de 4 centimètres. Atrophie de moyenne importance. Quand l'enfant marche, elle se dandine un peu. On lui fait faire un tuteur avec soulier à semelle plus épaisse de 6 centimètres du côté opéré. Elle part à Giens.

En 1911, l'état général est excellent, la hanche indolore. Il y a une *ankylose fibreuse serrée*, ne permettant que de très petits mouvements de flexion. *Presque pas d'adduction* : la ligne S.O.P. tombe au milieu du cou-de-pied. Extension, pas de rotation. Le grand trochanter paraît remonté de 3 à 4 centimètres, mais il a un point d'appui solide, car il ne se déplace pas sur le bassin dans l'attitude hanchée sur le membre réséqué. Le raccourcissement réel est de 5 centimètres; apparent à la mensuration, de 10 centimètres; fonctionnel, de 10 centimètres aussi. Ce dernier est corrigé par une chaussure à talonnette intérieure de 10 centimètres. La marche est facile, sans appui et indolore.

Il s'est agi ici d'une *coxalgie fémorale primitive, secondairement acélabulaire, suppurée* trois ans après le début, *avec mauvais état général*. La résection a dû être large, à cause des lésions étendues du col; elle a été intramagni-trochantérienne. Le raccourcissement réel n'est que de 5 centimètres, mais le moignon fémoral s'est fixé à 3 ou 4 centimètres au-dessus, ce qui porte le raccourcissement fonctionnel à 10 centimètres. Celui-ci est bien

corrigé et la marche est facile sans appui et sans fatigue, car *l'ankylose est très serrée*, quoique *non osseuse*.

La *radiographie*, faite en 1911, montre une disposition curieuse du moignon fémoral; celui-ci a absolument, vu de face, la forme de l'extrémité supérieure du cubitus. Ce qui est resté de la face externe du grand trochanter, évidé au moment de la résection, ressemble à un olécranc; la partie comprise entre le grand et le petit trochanter a été évidée aussi et représente une sorte de cavité sigmoïde; l'apophyse coronoïde représentée par le petit trochanter est restée accrochée sous l'avant-toit cotyloïdien. (V. radiographie, schéma, planche V.)

Le bassin, en somme peu déformé, est agrandi dans son diamètre antéro-postérieur. Le diamètre promonto-pubien mesure près de 13 centimètres; le diamètre transverse maximum mesure 13,5 centimètres. En somme, grand bassin paraissant relativement aplati bilatéralement. La ligne innominée est un peu redressée du côté sain. La symphyse pubienne est déviée du côté réséqué. On ne voit pas, sur la radiographie, de projection des épines sciatiques, en dedans. Le type reproduit ici est encore celui du bassin oblique ovalaire, à grosse extrémité du côté réséqué, peu accusé, il faut le dire, et sur un bassin large, favorable à un accouchement; mais ce bassin n'a pas d'histoire.

OBSERVATION 44

(Voir obs. XXXII de la Contribution.)

D... Louise.

Entre en novembre 1891, âgée de 7 ans. Coxalgie droite à début indéterminé. Adduction forcée et flexion. Fistule

au pli de l'aine. Deux autres fistules en arrière du trochanter. L'état général est mauvais. Sous le menton, collier d'ulcérations et d'adénites scrofuleuses. M. Vincent juge la résection indiquée pour cette coxalgie suppurée, multifistuleuse. On laisse reposer l'enfant pendant quelques jours.

Le 25 novembre : résection de la hanche, juxta-trochanterienne. Tête et col détruits; masses fongueuses en voie d'organisation; l'un des trajets fistuleux va du pli de l'aine à la fesse en traversant le trou ovale et l'articulation. Par conséquent, abcès pelvien. Curettage. Thermocautérisation. On fait passer un drain pelvien par le trajet fistuleux inguino-fessier, traversant le trou ovale et l'articulation coxo-fémorale. Attelle plâtrée et traction. — 1^{er} février 1892 : la suppuration diminue. L'état général est bien meilleur qu'à l'entrée. — Janvier 1893 : encore deux fistulettes. L'ankylose s'établit. — Juin : l'enfant est envoyée à Giens, où elle passe huit mois, prenant 86 bains pendant son séjour. — Février 1894 : l'opérée revient de la mer en bon état général et avec une cicatrisation définitive, mais en adduction. — 22 mars : réduction de l'adduction et immobilisation en silicate pendant trois mois. — 30 mai : adduction corrigée, pas de flexion. Ankylose fibreuse serrée. Indolence et cicatrisation parfaite. Marche facile en genu valgum et pes valgus acquis et fonctionnels pour des motifs de statique (voir photographie en juin 1894, pl. VI). — En mai 1895 : l'opérée revient de Giens. L'ankylose a un peu rétrocedé : quelques mouvements limités. Adduction et flexion très légères. Le grand trochanter est un peu remonté. Raccourcissement apparent à la vue de 5 centimètres. Allongement réel de 1 centimètre. On renvoie l'enfant avec un appareil et une bottine à semelle plus épaisse.

En 1904 : elle vient accoucher à la Maternité de la Charité où nous avons retrouvé son observation que M. Commandeur a bien voulu mettre à notre disposition (1). L'exa-

(1) Eugène VINCENT. Note sur la coxalgie et la résection de la hanche. *Paris Chirurgial*, 1909, page 713. Obs. II.

men du bassin donna les résultats suivants : *Du côté sain* (gauche), on ne constate qu'un peu de diminution de la courbure de la ligne innominée, sans projection de la cotyloïde. La malade avait peu marché pendant les premières années après la résection, et, après sa guérison, elle avait porté des tuteurs orthopédiques pendant trois ans. *Du côté droit, celui de la coxalgie*, la ligne innominée est de faible courbure; le sinus sacro-iliaque est peu profond, on fait facilement le tour du détroit supérieur. Saillie très notable en dedans de la surface quadrilatère cotyloïdienne; éversion plutôt que saillie de l'ischion. Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5. On voit la déformation du bassin sur la radiographie (voir le radiogramme redressé, pl. VI). La forme du détroit supérieur est celle d'un cœur de carte à jouer, avec déjettement de la symphyse pubienne du côté de la hanche malade. Il n'est pas possible de se rendre compte s'il existe ou non une synostose sacro-iliaque; l'épreuve est trop mauvaise. Il s'agit d'un bassin oblique ovalaire, mais avec tendance à la forme aplatie bilatéralement. La partie la plus large correspond au côté réséqué, côté droit. C'est une primipare, et, à huit mois, la tête est encore très mobile au détroit supérieur. *Accouchement provoqué à huit mois* (bougie de Krause), terminé par une *version*. *Enfant* de 2 kil. 220, qui succomba au bout de quarante-cinq minutes.

En 1911, nous allons la voir à Belley, où elle est ouvrière dans une usine. *Il y a vingt ans qu'elle a été opérée*: elle a maintenant 27 ans. Son état général est excellent. Elle n'a plus eu d'adénites sous-maxillaires. Elle n'a jamais eu de bronchite.

Les cicatrices sont très déprimées. Attitude en *adduction*, avec élévation du bassin à droite. *Presque pas de flexion*. *Ankylose fibreuse, incomplète, mais très serrée*; la flexion, seule possible, n'a qu'une amplitude de 15° environ. Un peu de *genu valgum*. *Pas d'atrophie sensible*

(42 au lieu de 45 centimètres de circonférence à la cuisse). Dans la station debout, les deux jambes sont collées l'une contre l'autre (V. photo. planche VI). *Le raccourcissement réel n'est que de 2 centimètres*; mais il y a adduction et, d'autre part, *ascension apparente du grand trochanter*, ce qui porte à 7 centimètres le raccourcissement apparent à la mensuration, et à 4 centimètres le raccourcissement fonctionnel ou distance intermalléolaire, dans la station debout. Elle ne se sert que de chaussures ordinaires, ce qui la laisse boiter et se fatiguer assez vite si les courses sont trop longues. Elle serait certainement soulagée par le port d'une chaussure orthopédique.

Cette malade, entrée avec une *coxalgie suppurée, multististuleuse et un état général déjà compromis* qui imposèrent la résection, a été guérie en dix-huit mois. Elle a été suivie, au point de vue orthopédique, après la guérison, pendant trois ans environ, et elle a continué depuis à porter des tuteurs pendant trois autres années. Malgré cela, l'ankylose n'est pas complète, quoique très serrée, ce qui démontre bien *que l'ankylose, que l'on doit rechercher et favoriser par l'immobilisation, ne dépend pas du chirurgien ni de l'orthopédiste.*

Le résultat orthopédique est satisfaisant puisque le raccourcissement fonctionnel n'est que de 4 centimètres. *Le résultat fonctionnel est bon*, puisque la marche se fait sans appui, avec une boiterie moyenne, qui pourrait être bien diminuée, si la malade portait une chaussure spéciale.

Il nous reste à noter dans ce cas encore un fait *d'allongement atrophique*. Trois ans et demi après la guérison,

on constatait un allongement réel de 1 centimètre. Ce phénomène a dû maintenir ses effets pendant une partie de la croissance, si bien que vingt ans après, le raccourcissement réel n'est que de 2 centimètres, alors que, sans lui, il est probable qu'il eût été plus important.

OBSERVATION 45

(Voir observation XXXIII de la Contribution.

G... Stéphane, de Chamblès.

Entre en mai 1891, âgé de 5 ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Depuis deux ans environ, il souffrait de la hanche et était soigné par son médecin. A l'entrée, douleurs très vives. Flexion, abduction et rotation en dehors. Craquements articulaires. Redressement et *silicate*. — *Août : deuxième silicate*. — *Décembre* : l'état général n'est pas mauvais, mais, *sous le silicate*, et sans souffrance, s'est formé un vaste abcès à loge antérieure et à loge fessière.

29 décembre : incision de l'abcès. Pus abondant jaune verdâtre, épais. Contre-ouverture à la région fessière pour parfaire le drainage. Mais l'exploration au stylet et au doigt fait constater la dénudation des surfaces articulaires et il y a des craquements. M. Vincent se décide alors à pratiquer la *résection de la hanche*. La tête et le col sont très altérés, la cavité cotyloïde légèrement érodée. Masses fongueuses abondantes. *Résection juxta-trochantérienne*. Drainage des abcès. — *Juillet 1892 : sept mois après, la cicatrisation est complète*, l'état général excellent. Extension, abduction et légère rotation en dehors. Raccourcissement apparent à la vue, 2 centimètres; à la mensuration, 1 cent. 5. Pas de raccourcissement réel. Pas d'ankylose. *Silicate*. — En 1893 : séjour à Giens. — Janvier 1894 : rentre avec deux fistules profondes, fongueuses. Curettage et crayons de chlorure de zinc, d'iodoforme. — Juin 1894 : Assèchement des fistules. *Silicate*.

En décembre 1894 : on convoque l'opéré pour l'examiner. Bon état général, ne tousse pas ; à bon appétit. Pas de nouvelles fistules. Quelques petits ganglions. Belles cicatrices. Capuchon trochantérien saillant, un peu déjeté en arrière. Le trochanter est remonté de 2 cent. 5. Ni adduction, ni abduction. Flexion à 20°. Rotation légère en dehors. Pas d'ankylose, mais mouvements peu étendus. Raccourcissement apparent à la vue de 4 cent. 5 ; à la mensuration également ; réel de 2 centimètres. Atrophie assez marquée. On donne *un tuteur orthopédique* pour continuer l'immobilisation en vue d'obtenir l'ankylose et on renvoie dans sa famille l'opéré, qui ne peut plus retourner à Giens, la commune s'y refusant.

En 1911 (vingt ans après), nous retrouvons G... à St-Just-sur-Loire. Il se porte très bien et n'a jamais été malade, mais nous sommes tout étonné du *très mauvais résultat orthopédique* qui s'est produit peu à peu et dont il fait retomber la responsabilité sur ses parents. C'est leur faute, dit-il, car *ils ne m'ont pas fait porter de mécanique* depuis mon retour. (On lui en avait cependant fourni une à la Charité en 1894.)

L'ankylose, qui faisait défaut en 1894, malgré une immobilisation soigneuse pendant trois ans, s'est produite peu après, mais malheureusement *en flexion très marquée d'environ 75 à 80°*, flexion pure, il est vrai, sans abduction, ni adduction, ni rotation, comme le montre la photographie que nous avons prise. Cette position très vicieuse l'a obligé à adapter à la semelle de sa chaussure le support peu élégant que l'on voit. (V. photo, pl. VII.) *Ce support a une hauteur de 24 centimètres*. Le raccourcissement apparent à la mensuration (de l'E.I.A.S.) est de 22 centimètres. Dans ce raccourcissement, il faut faire

entrer en ligne de compte une *raideur du genou* avec inflexion en arrière du tiers supérieur de la jambe; l'extension complète n'est pas possible. *Le raccourcissement réel est de 10 centimètres*, portant sur le fémur seul (du grand trochanter à l'interligne du genou).

G... a dû être réséqué de la hanche parce que, malgré une immobilisation sérieuse pendant six mois, inaugurée deux ans après le début de la coxalgie, il s'était formé un vaste abcès en bissac de la racine de la cuisse et parce que une tentative de drainage périarticulaire a paru nettement insuffisante, étant données les lésions avancées que cette intervention avait permis de découvrir. La guérison de la résection demanda sept mois; il est vrai qu'une fistulette a persisté pendant trois ans, malgré un curetage. En trois ans, l'ankylose n'était pas établie et ne l'a été que vers la quatrième année, mais en quelle position! G... en accuse ses parents et *il n'a pas tort*, car si à ce moment il avait eu un tuteur orthopédique, cette flexion exagérée ne se serait pas produite. C'est la conséquence fréquente de cette « *faulle d'argent* », qui enlève trop tôt les opérés à la surveillance orthopédique du chirurgien et ne permet pas aux parents d'entretenir et au besoin de renouveler les appareils nécessaires à leur enfant. C'est l'écueil qui menace la clientèle hospitalière; *il ne faut en accuser ni l'opération, ni l'opérateur.. Dans ce cas, l'opéré avait été rendu à sa famille en bonne attitude.* (V. photo, juin 1894, planche VII.) Mais dans ce résultat, il ne faut pas incriminer seulement l'ankylose en flexion; nous avons trouvé un raccourcissement réel du fémur de 10 centimètres, ce qui est considérable. Il est vrai que ce

malade a été réséqué jeune, à 5 ans, et que la localisation de sa lésion a été surtout fémorale. On a même constaté, au cours de l'opération, qu'une grande quantité de pus refluaît de la face interne de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale, sans qu'on ait trouvé, il est vrai, de foyer caractéristique à ce niveau. Il est possible d'attribuer à ces deux circonstances, l'arrêt considérable d'accroissement du fémur.

Certes, voilà un résultat qui fera plaisir à M. Broca. G... n'aurait pas fait tache dans le sombre tableau qu'il présente de la résection de la hanche chez l'enfant, dans une de ses cliniques de 1902. Son « *odyssée* » eût été au moins aussi touchante que celles des deux malheureuses victimes de la résection qu'il y montrait aux praticiens en guise d'épouvantail.

Mais, de ce résultat déplorable, nous ne tirerons pas les mêmes conclusions que M. Broca. Le cas de G... ne saurait être un motif de condamner la résection. Celle-ci n'est pas coupable. Il est certain qu'il y a eu défaut de surveillance orthopédique pour diriger l'ankylose, au moment voulu.

Il serait aussi facile de présenter des cas de coxalgies non réséquées, ankylosées en attitude aussi mauvaise, parfois plus défectueuse encore, parce qu'on n'a pu les suivre assez longtemps. Le traitement conservateur devrait-il être rendu responsable ?

OBSERVATION 46

(Voir obs. XXXV et XXXVI de la Contribution.)

C... Françoise.

Entre en mai 1892, âgée de 7 ans. Le père et un frère tuberculeux. Vient pour une coxalgie gauche dont on n'a pu préciser le début exact. On lui aurait déjà mis un silicate. Mais, depuis deux mois, les douleurs sont plus vives. Hanche tuméfiée, abcès profond et étendu. *Laxité folle de l'articulation*, avec craquements perceptibles à distance. La palpation révèle un *abcès intra-pelvien*. Il s'agit donc d'une coxalgie acétabulaire et, vu l'état général grave, on se décide à faire une intervention d'urgence, la résection au besoin.

31 mai 1892 : résection de la hanche gauche. Tête fémorale presque intacte. *Résection médio-cervicale.* Acétabulum contenant un séquestre gros comme un gros grain de blé; petite perforation du cotyle. Drainage pelvien abdomino-cotyloïdo-fessier. — En juillet : l'état général s'est amélioré, la cicatrisation s'avance. — *En septembre : éclosion d'une coxalgie à droite.* Etat général très mauvais. Les poumons présentent des symptômes de *début de tuberculisation*. — *En février 1893 : l'état général est si mauvais* que les parents tiennent à emmener la malade chez eux. — En mars : elle est ramenée un mois après. L'état de cachexie persiste. La résection de la hanche gauche est complètement cicatrisée, mais à droite, abcès antérieur qui s'est ouvert spontanément. Drainage para-articulaire. — En mai : gros abcès sur la région supéro-externe de la cuisse et un autre au niveau de l'E.I.A.S.

Le 24 mai 1893 : résection de la hanche droite. A la place de la tête, qui a entièrement disparu, on trouve des séquestres provenant de la tête et du cotyle. Drainage pelvien. — En juin : submatité au sommet gauche. — En novembre : l'état général et local vont s'améliorant. L'ankylose s'est

établie à gauche en bonne position. Elle s'amorce à droite, où la plaie va bien. Depuis que la hanche va mieux, *les symptômes de congestion qu'on observait aux sommets vont mieux aussi*. — *En avril 1894 : guérison complète (sans fistules) des deux résections*. L'enfant marche avec des béquilles. — *En juin* : elle abandonne ses béquilles. L'ankylose est bien plus serrée à gauche qu'à droite. Pas de flexion. Il y a de chaque côté une abduction légère, de même valeur ; la ligne S.O.P. passe à 8 centimètres en dedans de la mal-léole interne. Légère rotation en dehors un peu plus marquée à droite. Les deux membres sont égaux, à très peu de chose près (v. photo, pl. VII). Le pied droit a 1 centimètre de moins en longueur. Les hanches sont indolores. Pas de ganglions ; la mine est superbe. *La marche se fait par pivotement sur la pointe du pied droit* (c'est la hanche droite qui est la moins ankylosée). — *En juin 1895* : vient se montrer. La marche s'est un peu améliorée. Elle peut sauter à la corde. L'état général est satisfaisant. Aux poumons, un peu de submatité au sommet droit, en arrière, avec retentissement de la voix et de la toux. Rien à gauche.

En 1911, nous retrouvons cette ancienne opérée d'il y a dix-neuf ans, à St-Cyr-au-Mont-d'Or. Elle a maintenant 26 ans. Elle s'est bien développée. Son état général est très bon. Elle ne tousse pas et l'on ne trouve rien aux poumons. Elle n'a plus jamais souffert de ses hanches, ni eu de nouveaux abcès ou fistules. (Voir pl. VII, photo.)

A l'examen, cicatrices bien déprimées, adhérentes, un peu sensibles.

A gauche. — *Ankylose complète* de la hanche en *extension*, *sans adduction*, et avec une rotation normale. C'est sur cette jambe que la malade se repose dans la station debout.

A droite. — *Légers mouvements, très limités*. Pas d'ad-

duction, mais flexion d'environ 15° avec rotation en dehors un peu plus marquée qu'à gauche.

Les deux membres, égaux en 1894, ne le sont plus. Il y a un *raccourcissement apparent et réel de 4 centimètres au détriment du membre droit*. La malade porte une chaussure avec talonnette intérieure de 5 centimètres à droite.

La jambe droite paraît atrophiée par rapport à la gauche, qui ne l'est presque pas.

Cuisse gauche : 51; cuisse droite : 40; mollet gauche : 33; mollet droit : 29.

Les pieds sont égaux en longueur.

Les deux résections ont été pratiquées à un an d'intervalle; la première à gauche, faite d'urgence, le 31 mai 1892; la seconde à droite, le 24 mai 1893. Elles ont été faites dans des conditions déplorables de cachexie et en désespoir de cause, malgré un début de tuberculisation pulmonaire. La lésion était principalement acétabulaire à gauche, tandis qu'à droite, elle était fémorale et acétabulaire à la fois.

Toutes les deux ont guéri rapidement, en quatre mois à gauche, en huit à neuf mois à droite. Et, à mesure que la tuberculose locale guérissait, grâce aux résections et aux soins consécutifs, l'état général se relevait et les signes pulmonaires s'atténuaient, les lésions se cicatrisant. Et nous revoyons l'ancienne opérée, *près de vingt ans après, complètement guérie, aussi bien de sa tuberculose pulmonaire que de sa coxalgie.*

La conclusion est que la chirurgie conservatrice (par la résection) ne doit pas s'arrêter devant les difficultés et

ne pas douter de ses ressources. Comme dans d'autres cas, que nous avons relatés dans les observations précédentes et où la résection a été impuissante, tout se réunissait ici pour décourager et conseiller l'expectation désarmée, pour engager le chirurgien à laisser s'éteindre la pauvre cachectique : l'hérédité paternelle, les précédents collatéraux, la double coxalgie suppurée, les complications pulmonaires... et cependant, *tout a guéri en l'espace de deux ans et demi.*

Le bassin de C... est intéressant au point de vue obstétrical, bien qu'elle n'en ait pas fait usage, heureusement d'ailleurs (1). (Voir radiogr., pl. VIII.) La radiographie montre que la coxalgie double a encore déterminé une *forme oblique ovalaire*, à partie plus large du côté droit, qui est le côté mobile. De ce côté droit encore, l'os iliaque est plus atrophié et, ce qui est bien digne de remarque, il existe, à droite, une atrophie de l'aileron du sacrum et une synostose sacro-iliaque, deux symptômes caractéristiques du type qui porte en dystocie le nom de bassin oblique ovalaire de Nægelé. De plus, si l'on superpose la radiographie de ce bassin à d'autres correspondants à un âge égal (il n'a pas été fait de pelvimétrie interne), on voit qu'il est plus réduit qu'eux dans tous ses diamètres. C'est donc un *bassin justo-minor, généralement rétréci, et oblique ovalaire*. De plus, l'épine sciatique droite est fortement déjetée en dedans et obstrue le détroit inférieur; il est évident que, dans ces conditions, *une grossesse serait désastreuse.*

(1) Eugène VINCENT. Notes sur la coxalgie et la résection de la hanche. *Paris Chirurgical*, t. I, page 712, 1909, obs. III.

Au point de vue orthopédique et fonctionnel, la position des deux membres inférieurs est bonne, le côté ankylosé, en extension; le côté mobile, en flexion légère. Enfin, d'autre part, il n'y a ni adduction, ni rotation en dedans.

La marche se décompose de la façon suivante. La mobilité de la hanche droite permet de lancer en avant le pied droit (elle part du pied droit); ensuite, le pied droit étant immobilisé sur le sol, la hanche gauche ankylosée se porte en avant par un mouvement de pivot du bassin sur la colonne vertébrale ou de torsion verticale de la colonne lombaire. Entre la quatrième et la cinquième lombaire (on le voit sur la radiographie), il s'est créé une articulation assez lâche pour faciliter le pivotement du bassin, grâce auquel la progression est possible, malgré la double coxalgie. Elle ne se sert pas de canne. *La station assise* se fait sans trop de peine par une inflexion du rachis (cyphose lombaire) et du bassin en avant. Le siège repose, non sur les tubérosités des ischions et les faces postérieures des cuisses, mais sur la région ischiatico-sacrée. En somme, elle marche assez bien, quoique sa démarche manque évidemment d'élégance; elle peut s'asseoir assez correctement; elle peut monter des escaliers; elle ne saute peut-être plus à la corde, mais elle nous assure qu'elle *valse très bien*, cette danse étant la seule peut-être parfaitement compatible avec sa presque double ankylose.

OBSERVATION 47

(Voir obs. XLIV de la Contribution.

D... Juliette.

Entre en février 1893, âgée de 4 ans. Coxalgie droite à

début indéterminé (pas de renseignements). *Adduction*, flexion, rotation en dehors. Craquements articulaires. *Collection fluctuante*, en arrière, à la fesse. — 27 février : *incision de l'abcès*. Pus caséeux. Drainage. — 16 mai : cicatrisation. Silicate.

17 août 1893 : rentre avec un *nouvel abcès*, plus étendu et deux fistules en arrière. Raccourcissement apparent de 4 centimètres. *Résection de la hanche*. Tête fémorale presque détruite; cavité cotyloïde très malade, presque perforée. Le simple choc de la sonde cannelée suffit à produire la trépanation à ce niveau. *Résection juxta-trochantérienne*. Drainage abdomino-cotyloïdo-fessier. — En février 1894 : guérison de la coxalgie au bout de six mois. — Mai : pas de fistule, pas d'ankylose, pas d'adduction, pas de flexion, pas d'atrophie, pas de raccourcissement réel. Ascension de 1 cent. 5 du fémur; raccourcissement apparent de 2 centimètres. Etat général excellent. La malade quitte l'hôpital le 19 mai avec un tuteur pelvi-fémoral. Les parents ont gardé leur enfant chez eux depuis cette époque.

En 1901, sept ans après la résection, les parents viennent présenter leur enfant, qui a alors 12 ans. La guérison s'est bien maintenue. L'état général est bon. L'ankylose est solide en flexion sans adduction, avec rotation du pied en dehors. Equinisme. (Voir photo, pl. VIII.)

En 1911, dix-huit ans après la résection, l'état général est toujours satisfaisant. Elle ne tousse pas, mais nous apprenons qu'elle vient de perdre un frère mort poitrinaire. L'ankylose s'est maintenue dans la même attitude. Atrophie assez marquée, surtout à la cuisse. Le raccourcissement réel est de 5 centimètres. Il n'y a pas d'ascension du trochanter. La distance intermalléolaire est de 7 centimètres. Elle marche assez bien avec un soulier à talonnette intérieure, et cela, sans fatigue. Il ne nous a

pas été permis de faire une photographie ni une radiographie.

Il s'agit là d'une coxalgie à lésions aussi importantes sur l'acétabulum, prêt à se perforer, que sur la tête fémorale, presque entièrement détruite, et dont le moignon avait déjà abandonné la cavité cotyloïde au moment de l'intervention.

La guérison de la résection s'est opérée rapidement en six mois et, trois mois après, l'enfant était rendu à sa famille avec un tuteur, qu'elle a quitté certainement trop tôt, avant la production de l'ankylose. Celle-ci s'est établie avec flexion de 25° environ; mais cependant, le résultat fonctionnel est bien satisfaisant.

OBSERVATION 48

(Voir obs. XLVIII de la Contribution.)

C... Henri.

Entre en août 1890, à l'âge de 5 ans. Père mort de bronchite chronique. Une sœur morte de méningite; un frère atteint à la même époque de coxalgie non suppurée. Personnellement, ostéites du premier métatarsien et du tibia. Début de la coxalgie, il y a six mois. Silicates successifs : amélioration. Tuteur. — En mars 1893 : *récidive*. Pointes de feu. Silicates. — *En décembre : état général mauvais.* Absès : fluctuation, du triangle de Scarpa à la fesse.

Le 13 janvier 1894 : résection de la hanche, sous-magnitrochantérienne. Acétabulum érodé; pas d'abcès pelvien. Lésions fémorales plus graves et primantes; usure de la tête, décollée du col; foyers d'ostéite dans l'épiphyse, communiquant par des trous du cartilage d'accroissement avec les foyers d'ostéite juxta-épiphysaires; ulcérations fongueuses de la surface du col et du trochanter. On

ne fait pas de drainage pelvien, ni de drainage inguinal interne préventifs, parce que l'étendue de la résection crée une voie large suffisante à l'écoulement des sécrétions. Guérison rapide en quatre à cinq mois. En décembre 1894 : onze mois après la résection, fistulette persistante négligeable, cicatrices bien sèches et déprimées. Ascension apparente du fémur de 3 centimètres. Adduction de 5 centimètres. Flexion à 30°. Rotation en dehors. Pas d'ankylose serrée (excursion de 30° de la flexion). Raccourcissement apparent à la vue de 5 centimètres ; à la mensuration aussi ; réel de 1 centimètre. Atrophie musculaire peu marquée. Peut marcher sur la pointe du pied, mais on ne le lui permet pas. On le renvoie à Giens avec un silicate, car son état général laisse un peu à désirer (voir photo à cette époque, pl. VIII).

En 1911, *plus de dix-sept ans après la résection*, nous retrouvons Ch... à Paris. Il a maintenant 26 ans. Il nous écrit pour nous donner de ses nouvelles. Il est cartonnier, métier où l'on est *debout toute la journée*. Il a une santé assez bonne. Il n'a plus souffert de sa hanche, qui est maintenant *bien ankylosée*. Il a un raccourcissement fonctionnel de 8 centimètres (distance intermalléolaire), une atrophie assez marquée. Il ne se sert pas de canne. Il peut faire une *dizaine de kilomètres sans aucune fatigue, au besoin davantage*; mais alors, le lendemain, la fatigue se manifeste. Il a une chaussure à talonnette intérieure de 4 à 5 centimètres. Il nous fait remarquer que c'est le bout du pied qui porte le plus. C'est très probable, car la talonnette paraît insuffisante (de 3 centimètres) et il doit persister un peu d'équinisme de son pied chaussé.

Ch... a dû être réséqué parce que sa coxalgie avait évolué vers la suppuration, malgré un traitement conser-

vateur, par pointes de feu et immobilisation silicatée, rigoureusement appliqué pendant quatre ans, et parce que cette suppuration commençait à influencer manifestement sur l'état général.

La résection a été large, sous-magni-trochantérienne à cause de l'importance des lésions fémorales. La guérison a été rapide, en quatre à cinq mois.

Le résultat fonctionnel n'est pas trop mauvais, étant donnée l'étendue de la résection osseuse, mais le raccourcissement est peut-être insuffisamment corrigé par la talonnette dont use le sujet.

OBSERVATION 49

(Voir obs. LI de la Contribution.)

L... Victorine.

Entre en avril 1893, âgée de 11 ans. Coxalgie gauche, à début torpide, à 5 ans. A cette époque, elle fut immobilisée en silicate pendant quatre mois. Amélioration temporaire. Vers 8 ans, récurrence, reprise de l'immobilisation, puis amélioration. Mais peu à peu il s'est produit une *ankylose vicieuse en flexion à angle droit sur le bassin*. Il n'y a jamais eu d'abcès. On l'amène pour corriger cette difformité. A l'entrée, *flexion à angle droit*, abduction et rotation en dehors. Ankylose incomplète, fibreuse. — *Mai* : redressement forcé. La correction est obtenue, à peu près à l'état normal, en deux séances faites à une quinzaine de jours d'intervalle, sous anesthésie. Immobilisation *en silicate* pendant un mois. Puis on envoie la malade à Giens, avec un tuteur, muni de vis d'extension et d'abduction, qui maintiendra jour et nuit la hanche immobile. — *10 avril 1894* : Etat général toujours bon. Depuis deux mois, *abcès* assez volumineux à la hanche, avec *rougeur de la peau*. *Incision*. Curetage. La curette glisse jusqu'aux os de l'articulation

qui ne paraît cependant pas bien malade. La curette ramène des *fungosités*. Drainage avec contre-ouverture. Attelle plâtrée.

Le 12 mai 1894 : il s'est fait de la *rétenction*; fluctuation profonde sur la face antéro-externe de la cuisse. *Débridement*, agrandissement de l'incision. Cela permet de se rendre compte du *mauvais état de l'articulation*. On se décide dès lors à réséquer. *Réséction de la hanche*. Tête fémorale absente; col rouge et couvert d'ostéophytes; *séquestre* dans une loge sur la face inférieure du col; foyer d'ostéomyélite dans le grand trochanter. *Réséction sous-magni-trochanterienne*. *Fond du cotyle réduit à une lame parcheminée*. Pas de drainage pelvien (*pas d'abcès pelvien*). Drainage interne. — *En juillet* : cicatrisation avancée; mais, à la suite d'une rougeole intercurrente, *bronchite suspecte*. On envoie l'opérée à Giens. — *En février 1895* : les dernières nouvelles sont meilleures sous tous les rapports. — *En septembre* : toutes les fistules sont taries. L'enfant commence à marcher avec des béquilles. Santé excellente. Plus rien de suspect à l'auscultation des poumons. La malade part avec un *appareil tuteur* en cuir moulé. *Ankylose parfaite*.

En 1911, grâce à l'obligeance du D^r Jaubert, d'Hyères, nous avons des nouvelles de cette malade, *opérée il y a dix-sept ans*, et les mensurations que nous donnons plus loin. Nous n'avons pu avoir ni photographie ni radiographie actuelles. Mais nous présentons une radiographie faite en 1901, c'est-à-dire sept ans après la réséction, à l'âge de 18 ans. (Voir radiographie, pl. IX.)

Depuis son retour chez ses parents, elle a porté un appareil en cuir moulé. Attitude en *légère adduction et rotation interne et léger degré d'ensellure*. *L'ankylose est toujours très solide*. Un peu de subluxation du genou en arrière avec *laxité articulaire très marquée du genou*, fonctionnelle, de compensation à l'égard de l'adduction.

Le raccourcissement apparent à la mensuration est de 8 centimètres; le *raccourcissement réel*, de 3 centimètres, portant presque en entier sur le fémur. *Le raccourcissement fonctionnel est de 3 centimètres et demi.* Atrophie moyenne à la cuisse. Raccourcissement du pied de 2 centimètres.

La malade se sert d'une chaussure à talonnette intérieure en liège, de 3 centimètres sous le talon, de 1,5 centimètre vers la pointe. Malgré une claudication assez marquée, la *marche est très facile*. Elle peut faire sans fatigue des promenades d'une dizaine de kilomètres; le tuteur qu'elle porte est surtout destiné à maintenir son genou, un peu faible par suite de la laxité des ligaments.

Cette malade a dû être réséquée de la hanche pour une coxalgie suppurée, sept ans après le début. L'incision et le drainage n'avaient pas été suffisants. L'exploration au cours d'une arthrotomie avait fait découvrir des lésions articulaires très avancées, qui exigèrent la résection, les autres interventions conservatrices ayant échoué. La résection fut justifiée, rétrospectivement, par la destruction totale de la tête fémorale, par l'existence de séquestres dans le col et le trochanter, et enfin par *l'imminence de perforation du fond du cotyle*, alors réduit à l'épaisseur du périoste de la face interne pelvienne. Les lésions du col et du trochanter obligèrent à faire *une résection large au-dessous du grand trochanter*. Malgré cela, nous voyons, dix-sept ans après, que les résultats orthopédiques et fonctionnels sont très satisfaisants. *Le raccourcissement réel est de 3 centimètres seulement; le raccourcissement fonctionnel de 3,5 centimètres.* Enfin, il y a *ankylose parfaite*.

La radiographie faite en 1901, sept ans après la résection, montre en effet que *la fusion paraît complète* entre le moignon fémoro-trochantérien et le bassin, *exactement au niveau de la cavité cotyloïde*. L'adduction est sensible. Il y a de l'atrophie de tout le bassin du côté réséqué: la distance de l'E.I.A.S. gauche à la symphyse pubienne est inférieure de 2 centimètres à celle mesurée du côté sain. La symphyse pubienne n'est pas sensiblement déviée. Le contour du détroit supérieur paraît peu vicié. Il y a une projection en dedans des deux épines sciatiques, mais surtout marquée du côté sain. Ce bassin n'a pas d'histoire obstétricale.

OBSERVATION 50

(Voir obs. LII de la Contribution.

O... Joseph.

Entre en juin 1894, âgé de 7 ans. Antécédent tuberculeux maternel. Coxalgie gauche, datant d'un an environ, pendant lequel il a eu quatre bandages ouato-silicatés successifs, de trois mois en trois mois. A l'entrée, gros abcès inguino-fessier formé sans souffrance sous le silicate. Rien dans la fosse iliaque. Flexion à 30°. Adduction légère; la ligne S.O.P. tombe sur la malléole externe. Légère rotation en dehors. Raccourcissement apparent à la vue et à la mensuration de 1 centimètre. Pas de raccourcissement réel, mais le grand trochanter est à 5 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. La hanche est donc très probablement lurée, d'autant plus qu'on ne détermine pas de craquements articulaires dans les mouvements provoqués. Etat général bon, mais 38°6. Devant cette suppuration abondante et cette luxation spontanée, avec température, on décide de faire la résection, qui se serait forcément imposée un jour ou l'autre, sans attendre que l'état général soit plus gravement atteint.

5 juin : résection de la hanche. Résection intra-magnum-trochantérienne. Tête fémorale disparue. Il n'y a plus qu'un moignon de col; dépression à fond éburné sur la face inférieure du col et rugosité sur sa face postérieure. Erosion de l'acétabulum, avec perforation punctiforme de la cavité; pas d'abcès pelvien. Suites opératoires excellentes. Guérison en cinq à six mois. — 3 décembre : point d'abcès. Point de fistules. Ascension apparente de fémur de 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Adduction légère; rotation en dehors; flexion à 40°. Ankylose fibreuse serrée. Racourcissement apparent à la vue et à la mensuration de 1 cent. 5; réel de 1 centimètre. Atrophie musculaire peu marquée. La marche est possible, mais non autorisée. Part à Giens avec un silicate qu'il devra garder deux mois. L'opéré n'est pas revenu à la Charité depuis cette époque.

En 1911, dix-sept ans après la résection (il a maintenant 24 ans), nous retrouvons O... à Lyon, garçon de café. Il se porte très bien. Il est cependant grand et maigre. Il a eu des *adénites cervicales suppurées*, cinq à six ans après sa sortie de la Charité. On ne trouve plus de ganglions. Il n'a jamais eu de bronchite. On ne trouve rien aux poumons.

Les cicatrices sont déprimées, blanches, indolores. Pas de ganglions inguinaux, ni pelviens. Il n'a jamais eu d'abcès ni de fistules depuis sa sortie de l'hôpital. Jamais la moindre douleur dans la hanche. *Ankylose complète en flexion légère* et un peu de rotation en dedans. *L'adduction est marquée* (15 centimètres). Elévation et projection en dehors et en arrière du bassin du côté ré-séqué avec scoliose lombaire. L'E.I.A.S. gauche dépasse de 3 bons centimètres l'horizontale, passant par l'E.I.A.S. droite. Dans la station debout, au repos, pieds nus;

le pied gauche est en équinisme. Le point d'appui est représenté par les articulations métatarso-phalangiennes. (Voir ph., pl. IX.) Le raccourcissement réel n'est que de 4 centim.; mais le raccourcissement apparent à la mensuration est de 9 centimètres, et le raccourcissement fonctionnel doit être encore plus grand, puisque O... s'est fait faire une chaussure orthopédique où le pied est en équinisme forcé avec une talonnette intérieure de 16 cent., ce qui nous paraît un peu exagéré. D'ailleurs, il se rend bien compte que, s'il boite moins avec ce soulier, celui-ci le fatigue, et il marche mieux avec une chaussure ordinaire. Dans la marche, la rotation en dedans s'exagère.

La radiographie montre une atrophie générale assez marquée du bassin gauche. On voit l'amorce de la scoliose lombaire. Le moignon fémoral, volumineux, surmonté du capuchon trochantérien effilé, semble fixé, sinon au niveau de la cavité cotyloïde, tout au moins contre son rebord supérieur.

C'est l'adduction qui domine dans l'attitude défectueuse et qui cause un tel raccourcissement. O... tirerait certainement un gros bénéfice (6 à 8 centimètres environ, estimons-nous), d'une *ostéotomie sous-trochantérienne*, que nous lui avons fait envisager, et à laquelle il est presque décidé à demander une amélioration.

OBSERVATION 51

M... Antoinette, du Grand-Lemps.

Entre en juin 1894, âgée de 7 ans. Mère morte en février dernier de phthisie pulmonaire. Coxalgie droite, datant d'un mois seulement. Abduction à 13 centim. de la ligne S.O.P.

Flexion à 30°. Rotation en dehors. Scoliose de compensation à concavité ouverte à droite. Ganglions inguinaux. *Pas d'abcès*. La malade est un peu pâle. Elle tousse un peu, mais n'a jamais eu d'hémoptysie. A l'auscultation, à droite, *obscurité de la respiration et râles sous-crépitaunts* surtout après les secousses de toux. *Silicate*, le 15 octobre. — 19 janvier 1895 : abduction de 13 centimètres. Douleurs très vives. *Abcès profond* sous la masse musculaire des adducteurs, recouvert superficiellement par des ganglions volumineux. *Au toucher rectal, foyer d'empatement de la région acétabulaire*.

23 janvier 1895 : *incision*. Pus abondant, mal lié, crémeux. Fongosités abondantes. *Arthrotomie*. L'exploration de l'articulation fait constater des *lésions avancées de la tête et du col*. On se décide à la résection immédiate. *Résection de la hanche*. La tête fémorale, réduite de volume, présente à sa partie antérieure une vaste excavation. *Résection médiocervicale*. La cavité cotyloïde est fortement érodée; le *sourcil cotyloïdien est presque détruit* à sa partie postéro-supérieure. Pas de perforation de l'acétabulum. On retire deux ou trois petits *séquestres*, dont l'un du volume d'un pois. — 15 janvier 1896 : *guérison complète sans fistules*. *Silicate*. — En avril et en juin, on renouvelle les silicates. L'état général s'améliore. — En décembre : *pas encore d'ankylose osseuse*. Pas d'abduction, ni d'adduction. Flexion à 35°. Il y a *raccourcissement fonctionnel de 2 cent. 5*; apparent à la mensuration de 3 centimètres; *pas de raccourcissement réel*. Pas d'abcès. *Silicate*. — Novembre 1897 : la malade a fait un séjour de près d'un an à Giens, au bord de la mer. Très bon état général. On la renvoie chez elle avec une *cuirasse orthopédique*, munie d'une vis abductrice. Depuis cette époque (près de trois ans après la résection), on est sans nouvelles.

Cependant, en 1911, nous acquérons la certitude que cette malade est encore vivante, au dire des personnes

de son pays, qui l'ont connue. Nous savons en tout cas *qu'elle a accouché en septembre 1909*, à la Maternité de Grenoble. D'après les renseignements qu'a bien voulu nous donner la maîtresse accoucheuse, elle a continué à venir à la consultation des nourrissons pendant un an environ. Depuis cette époque, on ne sait où elle habite, et nos recherches ont été infructueuses. Nous pouvons néanmoins affirmer *qu'elle vivait encore en fin 1910*, et qu'elle était guérie et en bonne santé.

L'observation qu'on nous communique ne contient malheureusement pas d'examen bien précis du bassin. Il n'a pas été fait de pelvimétrie interne, ni de radiographie. On sait seulement qu'au toucher la ligne innominée du côté réséqué est très redressée et que le *promontoir est inaccessible*. Le bi-épineux antéro-supérieur est de 24,5 centimètres; le bi-crétal maximum a 24,2 centimètres. Le bassin est manifestement abaissé du côté sain, avec lordose compensatrice et ensellure lombaire. Le bassin est en antéverson. L'accouchement d'un enfant de 2.910 s'est fait, à terme, spontanément et sans incidents.

Au point de vue de la coxalgie, nous apprenons qu'en 1906, il y a eu une petite récurrence: une fistule s'était ouverte et a été tarie à la suite d'un curettage fait par le Dr Gangolphe.

En 1909, *l'ankylose est complète*, en flexion légère, adduction et rotation de la pointe du pied en dehors. La marche se fait sans fatigue, en équinisme sur la pointe du pied, avec un raccourcissement fonctionnel d'environ 7 à 8 centimètres, qui n'est corrigé par aucune chaussure orthopédique.

Coxalgie suppurée sept mois après le début, malgré l'immobilisation, avec tuberculose pulmonaire du second degré. L'arthrotomie conduit à des lésions avancées qui imposent la résection; celle-ci a été justifiée par les lésions acétabulaires surtout, et fémorales, et par la présence de deux ou trois petits séquestres. En un an, la guérison est obtenue complète, sans fistules. Deux ans après, les lésions pulmonaires sont cicatrisées; il n'y a pas encore d'ankylose. Celle-ci s'est installée, par la suite, solide.

Il est dommage que nous n'ayons pas pu rejoindre cette malade en 1911; mais ce que nous savons de son état en 1909 nous permet de croire que le bon résultat fonctionnel s'est maintenu, ainsi que la guérison de ses anciennes lésions pulmonaires, sur lesquelles il n'est pas douteux que la résection ait eu une influence favorable.

OBSERVATION 52

V... Blanche, de Valence.

Entre en novembre 1894, âgée de 5 ans et demi. Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement, arthrite tibio-tarsienne droite, actuellement guérie. Coxalgie gauche, simple, sans abcès. Silicate. — Janvier 1895 : revient avec de vives douleurs. Flexion à 15°. Abduction sans rotation. Ganglions volumineux de la fosse iliaque. Pas de craquements articulaires. Abcès avec fluctuation manifeste à la partie externe. Mise en traction. — Le 15 janvier : ponction de l'abcès, pus avec grumeaux. On ne perçoit pas de surfaces osseuses dénudées. Injection d'éther iodoformé. Silicate. — Le 17 avril : l'abcès périrochantérien a augmenté de volume et menace la peau. Incision de l'abcès. Curettage de la poche. Gaze iodoformée.

Le 11 mai 1895 : pas d'amélioration locale. L'explo-

ration au stylet décèle des signes d'ostéite. *Arthrotomie* La tête fémorale n'existe plus que sous la forme de débris nécrosés. *Résection de la hanche*, atypique. On trouve des lésions secondaires du cotyle, qui n'est pas perforé. Drainage. *Extension continue*. — Le 14 janvier 1896 : huit mois après, guérison complète de la résection. Silicate. — Le 28 juillet : position excellente. Raccourcissement apparent à la vue de 5 centimètres. Raccourcissement réel nul ; mais ascension apparente du grand trochanter, d'une valeur égale au raccourcissement apparent à la vue. Toutes fistules taries. — Le 19 août : part avec un tuteur quinze mois après la résection. Les parents ne l'ont jamais ramené.

En 1911, seize ans après, nous recevons des nouvelles de l'ancienne opérée : « Elle est d'une très bonne constitution. Nous n'avons jamais fait le moindre pansement depuis sa sortie de la Charité. Il n'y a pas de mouvements dans la hanche. La jambe est plus courte de 6 centimètres. Elle se sert d'un soulier avec semelle de liège et, avec cela, elle marche à peu près bien. Elle souffre un peu en marchant, si les promenades sont par trop longues. Autrement, c'est bien une personne qui peut faire les allées et venues de l'atelier quatre fois par jour. »

Nous n'avons pu examiner la malade, ni la photographier. Nous savons seulement qu'il y a *ankylose* et que le raccourcissement fonctionnel est de 6 centimètres. Nous ne pouvons nous rendre compte du résultat orthopédique, en tant qu'attitude. Nous espérons que la bonne position dans laquelle on l'a rendue à ses parents en août 1896 s'est maintenue, malgré l'absence d'immobilisation consécutive.

OBSERVATION 53

D... Etienne, de Prissé.

Entre en décembre 1894, âgée de 7 ans. L'observation de ce malade a malheureusement été égarée. Nous n'avons à notre disposition que le résumé inscrit sur le registre de contrôle. *Mise en traction* et départ le 20 mars 1895 avec un silicate.

Revient le 26 juin 1895 avec une coxalgie suppurée. Résection de la hanche. Intégrité de la tête fémorale. Lésions du sourcil cotyloïdien. Pas de perforation de l'acétabulum. *Décapitation.* S'en va le 16 juin 1896 et ne donne plus de ses nouvelles.

En 1911, nous le retrouvons, garçon charcutier à Gray, d'où il nous écrit : « Mon état de santé est normal. Toute suppuration d'abcès a disparu. Tout mouvement de la hanche malade ne m'est facile qu'à demi, et quand j'essaye de me plier davantage, cela me fait mal. Le membre malade est plus court que l'autre de 4 à 5 centimètres, beaucoup moins gros et bien plus faible. Je n'ai besoin ni de soulier à semelle, ni de béquille, ni de bâton. La marche m'est facile, la course plus difficile. La longue marche me fatigue, surtout le lendemain. »

Voilà un résultat datant de seize ans. L'éloignement du sujet ne nous a pas permis de constater son état par nous-même. Cependant, sa lettre nous en donne une idée assez approximative. Il peut exercer le métier de garçon charcutier. La marche lui est facile, et il n'a que 4 à 5 centimètres de raccourcissement.

OBSERVATION 54

B... Claude, de St-André-le-Désert.

Entre en décembre 1894, à l'âge de 12 ans. Antécédents et début ignorés. On note une adduction de 50° avec rotation en dehors. Flexion assez prononcée. Tuméfaction de la région trochantérienne; une ponction est cependant négative. Redressement sous anesthésie. Silicaté. On ne revoit plus le malade pendant près d'un an. — *13 novembre 1895* : le malade revient. *Abcès.* Douleurs vives, craquements.

9 décembre 1895 : résection de la hanche. On trouve de nombreux *séquestres* : col et tête fémorale complètement détruits. *Juxta-magni-trochantérienne.* — *14 juillet 1896 : sept mois après,* la résection est guérie. Le malade part avec un silicate pour quatre mois, et ainsi de suite jusqu'en avril 1897, époque à laquelle l'opéré rentre définitivement chez lui avec un grand tuteur orthopédique. La position de la hanche est bonne, pas d'adduction, rotation moyenne. Raccourcissement fonctionnel de 4 centimètres. Pas de fistules. Bon état général.

En 1911, *seize ans après la résection*, cet ancien opéré nous écrit de Montivilliers (Seine-Inférieure), où il est commis de perception : « J'ai un très bon état général. La hanche ne me fait aucunement souffrir. La course est impossible et ne pourrait se faire que par sauts. Mais je marche beaucoup. *J'ai fait fréquemment 20 et 30 kilomètres par jour*, à une allure de 4,5 à 5 kilomètres à l'heure. Je me sers d'une canne, que je tiens à gauche (côté sain). Je ne souffre pas en marchant; je fatigue seulement davantage, la marche se faisant sur la pointe du pied. J'estime fatiguer environ un tiers plus qu'un autre. J'ai porté un tuteur depuis avril 1897 jusqu'au milieu de

1899. J'avais d'abord une semelle beaucoup plus épaisse; j'y ai renoncé. La jambe droite retombant exactement contre la gauche et ne pouvant s'en tenir écartée lorsque je marche, cela m'a occasionné un varicocèle que je ne sais comment soigner. En somme, je me porte très bien. J'ai *une jambe plus courte et voilà tout.* »

Le D^r Lenormand, chirurgien de l'Hospice général du Havre a eu l'obligeance d'examiner ce malade et de nous envoyer les mensurations et observations suivantes : flexion d'environ 30°. Adduction : le cou-de-pied droit est à 11 centimètres en dedans de la ligne ombilico-pubienne.

Le trochanter affleure la ligne de Roser Nèlaton. Distance intermalléolaire : 12 centimètres. Circonférence de la cuisse gauche : 48; circonférence de la cuisse droite : 37. Il n'y a qu'une *demi-ankylose* de la hanche. La marche se fait avec l'aide d'une canne, grâce à laquelle la boiterie est diminuée des trois quarts. Il marche sans douleur en équinisme complet, le point d'appui étant représenté par les articulations métatarso-phalangiennes.

Ce malade a été opéré à l'âge de 13 ans. La résection a été complètement guérie au bout de sept mois. Au bout de seize mois, grâce à la continuation de l'immobilisation en silicates, on note une attitude correcte de la hanche et un raccourcissement fonctionnel de 4 centimètres seulement. Il porte encore un appareil orthopédique pendant près de deux ans. Malgré ces soins orthopédiques continués pendant plus de trois ans après la résection pour maintenir une bonne attitude et obtenir l'ankylose, nous constatons, seize ans après, que cette bonne attitude s'est modifiée et que l'ankylose n'a pas été obtenue complète.

Il y a de la flexion et de l'adduction et, de ce fait, le raccourcissement réel, qui n'est que de 6,5 centimètres, devient un raccourcissement fonctionnel de 12 centimètres. B... tirerait certainement un grand profit d'une ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger son adduction. On peut approximativement évaluer ce profit en disant que cette opération, bénigne à l'heure actuelle et sans danger devant un processus éteint depuis longtemps, atténuerait d'au moins 5 centimètres le raccourcissement fonctionnel.

Mais si le résultat orthopédique apparaît mauvais, le *résultat fonctionnel semble bon*, puisque malgré un raccourcissement aussi prononcé, sans usage de chaussure spéciale, B... peut faire, sans fatigue, des courses quotidiennes de 25 à 30 kilomètres, se promener souvent au bord de la mer par « des sentiers à peine accessibles ». C'est un boiteux assurément, mais ce n'est pas un impotent. Lui-même ne se plaint pas de son sort : « J'ai seulement une jambe plus courte. » Et pour juger d'un résultat fonctionnel, *l'appréciation du sujet est bien la plus autorisée.*

OBSERVATION 55

S... Marie.

Entre en mars 1895, âgée de 14 ans. Coxalgie gauche ayant débuté, il y a un mois. Huit jours après le début, tuméfaction rapide de la hanche. Son médecin ouvre une collection, de la valeur d'une pleine écuelle, au dire de la malade. Nouvelle incision, il y a huit jours. A l'entrée, membre gauche en adduction forcée (cette attitude se serait produite dès le début). Elle est couchée sur le côté sain. Raccourcissement, apparent à la vue, très notable. Rotation en

dedans et flexion. Saillie énorme de la hanche, qui donne la sensation de masses fongueuses. Cicatrice violacée de l'incision de l'abcès qui donne toujours. *Au toucher rectal, abcès pelvien. Etat général peu brillant. Température.*

Le 6 avril : l'état général continue à décliner. Le diagnostic de lésion acétabulaire et de luxation spontanée se confirme de plus en plus, la suppuration ne cesse pas. *On ne croit pas devoir attendre davantage* pour faire la résection. *Résection de la hanche.* On trouve la tête luxée, ou, plus exactement, ce qui reste de l'extrémité supérieure du fémur, car la tête et le col sont réduits à l'état de bouillie (ostéite médullisante). Il y a aussi de l'acétabulite. On trouve trois petits séquestres du fond cotyloïdien, avec une petite perforation spontanée. Une autre perforation en arrière du rebord cotyloïdien. Guérison complète en février 1896. L'état général est déjà très amélioré. — *En janvier 1897 :* toujours fistulette, presque sèche. Très bon état général. On renvoie l'opérée définitivement, avec une cuirasse silicatée.

En 1911, nous retrouvons cette ancienne opérée, d'il y a seize ans, couturière dans l'Ain. A sa sortie de la Charité, elle a gardé son silicate pendant six mois et n'a pas porté d'autre appareil depuis. L'état général est excellent. Elle n'a jamais eu d'autres maladies. Les cicatrices sont déprimées, adhérentes au trochanter. Il y a une fistulette, correspondant à un orifice de drainage, immédiatement au-dessous et en dehors de l'E.I.A S., qui s'est ouverte à quatre ou cinq reprises, ne donnant d'ailleurs que très peu, actuellement tarie.

Flexion légère à 30° environ. *Adduction nette*, mais compensée habituellement, dans la station debout et la marche, par l'élévation et le recul en arrière de la moitié gauche du bassin, et, secondairement, par une légère

scoliose lombaire. De cette façon, *l'adduction est corrigée* et du même coup la rotation en dedans devient une rotation normale, légèrement en dehors. Les deux membres redeviennent parallèles. (Voir photo, pl. IX.) Mais le raccourcissement en est augmenté: *la distance intermal-léolaire est de 10 centimètres*. Le raccourcissement apparent à la mensuration atteint 7 centimètres, alors que *le raccourcissement réel n'est que de 4 centimètres*. D'autre part, la pointe du trochanter paraît allongée de 2 à 3 centimètres. Sur la *radiographie* (voir pl. IX) on voit le moignon fémoral largement engainé, comme par une capsule fibreuse; il semble qu'il soit calé sur le bassin au niveau de l'E.I.A.S. A la place du petit trochanter, on voit une formation arrondie, qui ressemble à une tête articulaire et qui est nettement en grande partie dans la cavité cotyloïde. Il n'y a *pas ankylose absolue*. Mouvements de flexion possibles dans un angle de 30° environ.

Dans la station debout, le pied gauche appuie sur la tête des métatarsiens. Hallux valgus. *La marche se fait bien, sans boiterie très marquée, en équinisme permanent, sans canne ni béquille; elle ne porte pas de chaussure spéciale*. Nous lui avons conseillé de se servir d'un soulier orthopédique à talonnette intérieure, qui la soulagerait certainement, car la marche prolongée la fatigue.

En somme, *résection de la hanche faite à l'âge de 14 ans, pour une coxalgie à lésions surtout acétabulaires, avec allure subaiguë, suppuration ouverte, atteinte de l'état général et fièvre; guérie en dix mois.*

Seize ans après, attitude en adduction, corrigée par

élévation du bassin, mais, par suite, avec une augmentation notable du raccourcissement fonctionnel; attitude éminemment justiciable d'une *ostéotomie sous-trochanterienne*, avec correction en légère abduction, qui réduirait probablement à 3 ou 4 centimètres le raccourcissement.

Bassin. — *L'atrophie de l'os iliaque* du côté réséqué est notable; l'aile de l'os iliaque mesure 9 centimètres au lieu de 12. (V. radiogr. pl. IX.) Le détroit supérieur est *oblique ovalaire* avec grosse extrémité du côté opéré. De ce côté, l'arc antérieur est plus courbe, tandis que celui du côté sain tend à être rectiligne, par suite d'une pression plus grande, dans la marche, sur le bassin. Pas de projection des épines sciatiques. Le coccyx est manifestement projeté en avant. Le diamètre transverse mesure 13 à 14 centimètres. Le promonto-pubien mesure au moins 11,5 centimètres. Le diamètre oblique droit (d'engagement, utile) mesure 12 centimètres environ sur la radiographie.

En somme, *bassin oblique ovalaire où l'accouchement semble parfaitement possible.*

OBSERVATION 56

F... Alfred.

Entre en juin 1895, âgé de 12 ans et demi. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. *Coxalgie droite ayant débuté il y a sept mois.* Il a déjà été soigné par son médecin, qui l'immobilisa en silicate pendant trois mois; ce silicate a été enlevé il y a deux mois. On lui a fait des pointes de feu. A l'entrée, douleurs vives dans les mouvements provoqués; percussion douloureuse sur le trochanter, sur le ge-

nou. Pas de flexion. Abduction légère, mais rotation telle, que la malléole externe repose sur le plan du lit. *Au niveau des régions trochantérienne et iliaque externe, abcès, avec fluctuation manifeste; pas de fistules. Au toucher rectal, on perçoit un effondrement du cotyle et un abcès au niveau du bord inférieur de l'épine sciatique. Pas de craquements articulaires. Etat général juste satisfaisant. Rien aux pmons.*

Le 12 juin : résection de la hanche, décidée à cause de la suppuration précoce et des signes manifestes de lésions acétabulaires. A l'intervention, on trouve, en effet, des points d'ostéite au niveau de l'acétabulum avec une perforation. La pression intra-pelvienne par le rectum fait sourdre, à travers cette perforation, une grande quantité de pus. Il y avait bien réellement un gros abcès pelvien. D'autre part, on trouve, sur l'ischion, une vaste caverne, qui permet l'introduction du doigt. Enfin, lésions d'ostéite secondaire du col fémoral. Résection juxta-trochantérienne. — Le 20 juillet 1896, part avec une cuirasse pelvi-fémorale. — Le 25 octobre : Silicate pour trois mois. — En février 1897 : l'enfant va très bien. Pas de fistules. Allongement réel de 1 centimètre. Peu d'atrophie. Ascension apparente du grand trochanter à 3 centimètres. Pas d'ankylose. L'enfant sort avec un silicate. Il n'a pas été revu depuis.

En 1909, nous trouvons cet ancien opéré à Paris, au Grand-Montrouge. Il se porte très bien et n'a pas eu de maladies depuis sa coxalgie. Il a maintenant 27 ans et son opération date de 14 ans. Il n'a plus jamais eu aucune suppuration de sa hanche, dont il ne souffre pas. A l'examen : cicatrices indolores; adduction; l'E.I.A.S. est plus haute à droite qu'à gauche. Le trochanter dépasse toujours de 3 centimètres la ligne de Nélaton. Pas de flexion. Un peu de rotation en dehors, tout au moins dans l'attitude debout. Ankylose solide. L'allongement réel de 1 cen-

timètre, constaté en 1897, a fait place à un raccourcissement réel d'égale valeur. Chaussure à semelle intérieure, correctrice de 4 centimètres. (V. fotogr., pl. X.)

Il nous raconte qu'il est à Paris, depuis cinq ans, ouvrier tourneur sur métaux. Il travaille tous les jours sans arrêt, toute la journée, debout ou à genoux, pendant onze heures. Il ne se sert d'une canne que « pour sortir en ville ». Il nous confie que lorsqu'il devint orphelin et fut obligé de gagner sa vie, il *trimarda* pendant trois ans, parcourut ainsi la France et l'Allemagne, marchant souvent la nuit aussi bien que le jour, *faisant jusqu'à 60 kilomètres sans s'arrêter* et sans être fatigué de sa jambe malade. Actuellement, il est plus sédentaire, car il a trouvé une bonne place et gagne une vie presque aisée. Il va quelquefois se promener à bicyclette, avec une pédale légèrement plus courte du côté réséqué.

Voilà donc un malade qui a été réséqué pour une coxalgie suppurée, avec lésions acétabulaires accompagnées de perforation, avec abcès pelvien considérable, avec ostéite du bassin (ischion). Il a été guéri complètement en un an, grâce à la résection certainement.

Nous sommes persuadé que le traitement conservateur à outrance, le mieux compris et le plus persévérant n'aurait pu avoir raison de cette suppuration profonde; à ce volumineux abcès pelvien communiquant par une petite perforation avec l'articulation, il fallait un large drainage, possible par la résection seule.

Ce malade a été abandonné à lui-même dix-huit mois seulement après la résection. Il n'a pas porté d'appareil orthopédique. Néanmoins, la position du membre n'est

pas trop défectueuse et l'ankylose s'est produite tout de même. Les lésions étendues du cotyle peuvent expliquer l'ascension du trochanter (d'ailleurs peu considérable, 3 centimètres), qui a dû se fixer, solidement, un peu au-dessus.

Il faut remarquer, ici encore, le phénomène de *l'allongement atrophique*. Dix-huit mois après la résection, il y avait un allongement réel de 1 centimètre; il est probable que ce phénomène a dû s'accentuer encore pendant quelques années, puis s'atténuer; quatorze ans après, il n'y a qu'un raccourcissement réel de 1 centimètre. Si les lésions du cotyle n'avaient pas favorisé l'ascension du fémur et si l'ankylose, surveillée et dirigée, s'était produite en bonne attitude, F... aurait eu un résultat orthopédique remarquable.

Néanmoins, le résultat fonctionnel est excellent, et les coxalgiques avérés, traités et guéris par le traitement conservateur pur, sont rares, qui pourraient, comme F..., exercer un métier pénible, demandant onze heures de travail par jour, ou fournir des étapes répétées de 60 kilomètres, sans arrêt et, le dimanche, se distraire de son travail pénible en se livrant au sport de la bicyclette.

OBSERVATION 57

M... Pétrus.

Entre en février 1896, âgé de 10 ans. Coxalgie droite ayant débuté, il y a deux ans, par douleurs intermittentes avec claudication, ayant pris, depuis huit jours, une allure aiguë, à la suite d'une chute; température oscillant de 39° à 40°. Empâtement de la région trochantérienne et de la face pelvienne de l'acétabulum (au toucher rectal). De-

vant la gravité de l'état général, on se décide à intervenir, bien qu'une ponction dans la région trochantérienne soit négative.

Le 12 février : résection de la hanche. Pus bridé dans la capsule articulaire. *Section du col fémoral.* Légère fissure du fond du cotyle (pas de perforation vraie). Thermo. Drainage. — En mars : fusée purulente le long de la cuisse et de la partie supérieure de la jambe, paraissant venir du bassin. Incisions. Drainage. L'état général est mauvais. *Escarres sacrées, vertébrales.* — *En octobre 1897 :* la suppuration est encore abondante, avec vastes décollements. *Curettage* d'un point osseux à l'ischion, d'un autre sur la face antérieure du grand trochanter. — *En janvier 1898 :* deux ans ont été nécessaires pour tarir cette suppuration extrêmement abondante. Ce résultat est enfin obtenu. L'état général s'est en même temps beaucoup amélioré. Et l'enfant peut partir en convalescence à Giens. — *En décembre :* on le réexamine. L'état général est excellent ainsi que l'état local. Tous les trajets sont cicatrisés.

En 1911, nous avons pu revoir cet ancien opéré, coiffeur actuellement. (V. photo, pl. X.)

La hanche est *solidement ankylosée* en adduction légère, presque pas de flexion, un peu de rotation en dedans. Cicatrices multiples (voir photographie), sur le membre droit. Le trochanter paraît peu remonté. La radiographie montre (V. radiogr., pl. X) que le *moignon fémoral est fixé au niveau de l'avant-toit cotyloïdien*. Distance intermalléolaire : 4 centimètres. Le raccourcissement réel est de 3 centimètres seulement. Il porte une talonnette haute de 2 centimètres dans sa chaussure.

Il n'a plus jamais souffert de sa hanche. Il ne souffre pas du tout en marchant. Il marche en faisant des pas

de longueur moyenne, et en posant le pied presque complètement à plat. Il ne se sert d'aucun appui. Il peut fournir une allure accélérée, mais il lui est difficile de courir. Il lui est arrivé de faire 40 à 50 kilomètres dans une journée sans être las. Avec un camarade, il fit, il y a quelques années, un petit voyage pédestre de Brioude à St-Etienne (150 kilomètres) en trois jours consécutifs, voyage qui ne le fatigua nullement. Il se livre au sport de la chasse en marchant toute la journée.

M... a été résequé pour une coxalgie datant de deux ans, réveillée brusquement par un traumatisme, avec association streptococcique probable, avec phénomènes généraux très graves, qui imposèrent l'intervention immédiate d'urgence. La suppuration fut intense avec fûsées à distance, cachexie, escarres, et ce n'est qu'au bout de deux ans qu'on arriva à en être maître par un curetage de points osseux sur l'ischion et sur le trochanter. Il en a gardé des signatures nombreuses. Mais il fut certainement sauvé par la résection et les drainages consécutifs.

Actuellement, il a un résultat fonctionnel excellent, que beaucoup de coxalgiques moins graves, traités expectativement, lui envieraient certainement.

OBSERVATION 58

C... Marius, de Lyon.

Entre le 9 août 1897, âgé de 8 ans. Pas d'antécédents familiaux, ni personnels. Coxalgie droite ayant débuté, il y a un an, par des douleurs dans la hanche et le genou. Il y a une dizaine de jours seulement, après des périodes

d'amélioration passagère, l'enfant s'est mis à boiter beaucoup. A l'entrée, abduction à 7 centimètres de la ligne S.O.P. Rotation en dehors. Flexion à 50°. Raccourcissement, apparent à la vue, de 3 centimètres. Raccourcissement, apparent à la mensuration, et réel, de 0 cent. 5. Pas d'ascension du trochanter. Un peu d'atrophie. Ganglions inguinaux. *Pas d'abcès. Pointes de feu. Silicates.* — 4 mars 1898 : *volumineux abcès* au pli de l'aîne. *Incision* longitudinale. Pus abondant. *Arthrotomie.* On explore l'articulation et on trouve une destruction avancée de la tête et du col et, d'autre part, une perforation au niveau du cartilage de conjugaison de l'éminence ilio-pectinée. — Juin : suppuration abondante. En pressant de haut en bas la fosse iliaque, on fait sortir par la plaie une grande quantité d'un pus blanc, crémeux. Le toucher rectal ne décèle qu'un peu d'empâtement de la surface quadrilatère cotyloïdienne. Les mouvements provoquent une crépitation très nette. Pas de luxation. M. Vincent pense que c'est bien la cotyloïde qui est la cause de cette suppuration incessante.

28 juin 1898 : *résection de la hanche.* La tête a presque complètement disparu. *Il reste à peine une petite partie du col* encore reliée à l'épiphyse. *La tête fémorale, détachée,* a déjà contracté quelques adhérences de voisinage. On la libère. On enlève à la curette les *séquestres* osseux détachés, ainsi que les fongosités nombreuses dans l'articulation. La cavité cotyloïdienne présente une *perforation qui permet l'introduction de l'index.* On sent un *abcès dans la fosse iliaque.* Contre-ouverture au-dessus de l'E.I.A.S. *Drain* de l'E.I.A.S. au grand trochanter en arrière, à travers la cavité cotyloïde perforée, *drainant ainsi toute la fosse iliaque.* — 9 août : état local excellent. Cicatrisation per primam. L'enfant part en gouttière Bonnet; on le ramènera tous les huit jours pour les pansements. Dans l'intervalle, traction continue. — Fin 1899 : cicatrisation complète, sans fistules, en bonne attitude. L'enfant part à Giens, au

bord de la mer, avec une cuirasse orthopédique. Il passe ainsi à Giens les deux hivers 1899-1900 et 1900-1901. Il est définitivement guéri.

En 1911, nous revoyons cet ancien opéré d'il y a treize ans, dans un état florissant de santé. Il n'a jamais été malade depuis. Nous apprenons qu'il a gardé sa cuirasse orthopédique environ trois ans au total après son opération. Il n'a plus jamais souffert.

A l'examen, cicatrices bien déprimées et adhérentes: elles ne se sont jamais rouvertes. La hanche est *solidement ankylosée, en extension presque complète, sans adduction ni rotation*. Pas d'atrophie.

Ascension apparente du moignon fémoral de 3 à 4 centimètres, mais bien fixé. La station debout sur le membre réséqué se fait sans douleur, donne un appui solide, sans provoquer de glissement de l'extrémité fémorale.

Le raccourcissement réel est de 2 à 3 centimètres. Le raccourcissement apparent à la mensuration est porté à 6 centimètres, *et la distance intermalléolaire interne mesure 7 centimètres*. Le pied du côté réséqué est raccourci, en longueur de près de 2 centimètres.

Il porte une chaussure avec talonnette intérieure de 6 centimètres de hauteur; cela corrige presque complètement son raccourcissement et, par suite, la boiterie, qui est très modérée. *Il peut marcher longtemps sans fatigue, va quelquefois à la chasse et monte à bicyclette*; il nous raconte qu'il a fait une fois 110 kilomètres dans une journée.

En somme, ce malade avait une coxalgie *fémoro-acétabulaire* : *destruction de la tête, réduite à l'état de sé-*

questre ou de corps étranger déjà organisé, avec *perforation large de l'acétabulum* conduisant dans un *abcès pelvien*. Un abcès inguinal s'était formé dix-neuf mois après le début de la coxalgie, sept mois après l'immobilisation silicatée, et malgré cette immobilisation. *L'échec de l'incision* et celui de *l'arthrotomie* amenèrent à faire la résection; celle-ci fut amplement justifiée par les lésions graves découvertes du côté du fémur, mais surtout au niveau de l'acétabulum et de la cavité pelvienne, et dont, seule, elle pouvait venir à bout. La guérison absolue a été obtenue définitive en quatorze mois.

L'ankylose s'est produite *en bonne attitude, solide*, malgré l'ascension du moignon. Cette ascension correspond probablement en grande partie à l'agrandissement du cotyle en haut. Nous n'avons pu avoir la radiographie.

Cette ascension a produit un raccourcissement fonctionnel de 7 centimètres, bien supérieur au raccourcissement réel qui n'est que de 3 centimètres. Ce raccourcissement est bien corrigé et le *résultat fonctionnel*, comme nous l'avons vu, *est excellent*.

OBSERVATION 59

B... Joseph.

Entre en novembre 1897, âgé de 7 ans. Coxalgie droite datant d'un an. Position en abduction, avec rotation en dehors et ensellure lombaire assez marquée. De plus, scoliose lombaire à convexité droite. Mouvements douloureux. Pas d'abcès. Silicates. — 9 juillet 1898 : tuteur avec ceinture pelvienne. — Le 17 janvier 1901 : deux ans et demi après, rechute de la coxalgie qui paraissait en bonne voie

de guérison. *Abcès* au niveau du grand trochanter. L'état général a décliné.

Le 31 janvier : résection de la hanche, décapitation. Lésions uniquement fémorales. — *Novembre : cicatrisation complète.* Pas de fistules. La position est excellente. Pas d'adduction. Extension presque complète. *Raccourcissement réel de 1 cent. 5.* La radiographie faite le 6 décembre 1901 montre le moignon fémoral tout entier situé dans la cavité cotyloïde et ne débordant pas du tout l'avant-toit. On remarque le fil d'argent de la suture osseuse du capuchon trochantérien. Ce fil n'avait pas encore été enlevé. On aperçoit un espace clair entre le moignon fémoral et le fond de la cavité cotyloïde. *Silicate.* — *Mars 1902 :* on a renouvelé successivement les silicates. *L'ankylose n'est pas serrée.* On renvoie l'enfant avec un dernier silicate qu'il devra garder quatre mois, afin de favoriser l'ankylose. On ne l'a pas revu depuis cette époque.

En 1911, nous examinons à Lyon l'opéré d'il y a dix ans. Il a une santé excellente et n'a jamais toussé. Le membre réséqué est en bonne attitude. Flexion très légère, en rectitude, sans rotation. Le bassin est bien d'aplomb, les épines iliaques à la même hauteur. La scoliose lombaire n'existe plus. Le genou droit est un peu faible; il n'y a pas de genu valgum à proprement parler, mais plutôt de *la laxité ligamentaire.*

L'ankylose est solide. Comparez les radiographies (planche XI) faites en 1901 et en 1911. Le bassin est bien d'aplomb; *le moignon fémoral habite toujours la cavité cotyloïde.*

Il faut mentionner les modifications trophiques survenues du côté du bassin : refoulement de l'épine sciatique, en haut et en dedans vers le petit bassin, qui est ici très manifeste et, d'autre part, refoulement en arrière, en

dedans et en haut de l'ischion, entraînant la branche ischio-pubienne: celle-ci se trouve, sur la radiographie, sous la projection de la branche horizontale du pubis. En conséquence, on ne voit pas, du côté réséqué, le trou obturateur.

Atrophie moyenne. Le raccourcissement apparent à la mensuration est de 8 centimètres; le raccourcissement réel, de 6,5 centimètres, dont 5 centimètres pour le fémur, et 1,5 centimètre pour le tibia.

Le malade corrige le raccourcissement de son membre réséqué, par une chaussure avec talonnette intérieure de 7 centimètres. La marche n'est pas très correcte, parce qu'à chaque appui sur le membre réséqué, le genou se fléchit en dedans, à cause de la laxité articulaire; il en résulte un léger plongeon. Nous lui avons conseillé de porter une genouillère pour consolider un peu son articulation, ce qui rendrait sa démarche moins disgracieuse.

Cela ne l'empêche pas cependant de faire de *longues marches* sans fatigue. Il est même *un fervent de la bicyclette*; le dimanche, il fait des promenades variant de 30 à 70 kilomètres, cela sans fatigue. Donc, *résultat fonctionnel excellent*.

OBSERVATION 60

C... Antoine.

Entre en novembre 1898, âgé de 6 ans. Mère morte tuberculeuse. Coxalgie droite à début inconnu. Ganglions inguinaux. Abduction, rotation en dehors, avec flexion et ensellure. Douleurs à la pression en avant de l'articulation. Pas d'abcès; rien dans le bassin. Aux poumons, rudesse respira-

toire au sommet droit en avant et en arrière. On met le malade *en traction* d'abord pendant un mois, puis on le renvoie *en silicate*. Silicates. Traction. — En janvier 1900 : *Abcès crural*. On *ponctionne* au Dieulafoy (pus grisâtre, avec grumeaux jaunes) et on injecte de l'éther iodoformé. *Silicate*. — En mai 1900 : l'abcès s'est développé et est devenu énorme. *L'état général commence à décliner*.

Le 10 mai 1900 : résection de la hanche. — En décembre : *au bout de sept mois, guérison complète*. Etat général excellent. Part en convalescence à Giens. — En avril 1901 : on renvoie l'opéré dans sa famille avec un tuteur. Une *radiographie* faite à cette époque montre que le moignon fémoral est bien en place, calé sous l'avant-toit du cotyle.

En 1911, C... répond à notre appel et nous pouvons l'examiner. A sa sortie de la Charité, il a porté son tuteur, mais pendant trois mois seulement. Il a un très bon état général. Cultivateur d'abord pendant plusieurs années, il est maintenant cordonnier, métier assis, moins fatigant que le travail de la terre, qui oblige à se courber en avant, mouvement vite pénible avec une *ankylose de la hanche*.

Les cicatrices sont déprimées, indolores. L'attitude du membre est en *adduction marquée*; la ligne S.O.P. passe à 12 centimètres en dehors de la malléole externe droite. Légère rotation en dedans. Peu de flexion. Ensellure à peine ébauchée. *Ankylose*. Le raccourcissement apparent à la mensuration est de 5 centimètres; le *raccourcissement réel n'est que de 2 centimètres*. Mais du fait de l'adduction, le raccourcissement fonctionnel est porté à 9 centimètres. Scoliose légère secondaire. Dans la station debout, le pied est en équinisme moyen. (V. photo, pl. XII.)

Le malade ne porte pas de chaussure spéciale. Aussi la fatigue est-elle rapide; il ne peut faire sans lassitude plus de 10 kilomètres environ.

Nous lui avons proposé une *ostéotomie* correctrice de l'adduction, qui est l'élément presque unique du raccourcissement fonctionnel, car le raccourcissement réel n'est que de 2 centimètres, et il n'y a pas d'ascension du fémur. La *radiographie* montre en effet que le moignon fémoral occupe la même position qu'il y a dix ans, malgré la production progressive de l'adduction. (V. radiogr., pl. XII.) C'est donc un cas où l'*ostéotomie sous-trochantérienne* ferait merveille, car le raccourcissement réel de 2 centimètres serait probablement entièrement corrigé par une légère abduction avec abaissement du bassin.

Cette adduction, cause de tout le mal, qui fausse complètement un résultat qui aurait dû être très bon (ankylose en bonne et due place, raccourcissement minime du fémur), cette adduction, à n'en pas douter, aurait pu être évitée si l'on avait pu suivre le malade plus longtemps au point de vue orthopédique. En réalité, treize mois après la résection, tout tuteur était abandonné et l'adduction a pu se faire progressivement en toute liberté.

OBSERVATION 61

T... Francisque.

Entre en février 1899, âgé de 4 ans et demi. Pas de renseignements sur les antécédents, ni sur le début. On note seulement sur la hanche droite *des traces de vésicatoire* et de *pointes de feu* superficielles. On est en présence d'une *coxalgie droite suppurée : abcès au niveau du trochanter*

et surtout à la région fessière. Douleurs très vives dans les mouvements provoqués. Il y a de l'adduction (4 centimètres). Ascension de 3 cent. 5 du trochanter. Par conséquent, *luxation spontanée probable. Rien au toucher rectal.* Etat général encore bon. On essaye de ponctionner l'abcès, mais le pus, trop épais, ne passe pas par le trocart. *Ponction blanche.*

3 février : on incise l'abcès au niveau du trochanter. *Arthrotomie.* Des fongosités, en grand nombre, sortent de l'articulation. *La tête paraît toute entière envahie et d'ailleurs luxée. On la résèque. Fongosités dans la cavité cotyloïde,* qui est dépouillée de son périoste, mais *pas de perforation.* — Juillet : en cinq mois, *guérison complète.* L'enfant part chez lui, avec un silicate, qu'il garde quelques mois. Au mois d'août, il commence à marcher avec des béquilles.

En 1911, Tr... a 17 ans; il a été opéré, il y a douze ans. Il est grand et fort (1 m. 70); l'état général est très bon. L'ankylose de la hanche est *très solide*, bien que le trochanter paraisse remonté; mais *l'attitude est défectueuse. en flexion à 30° environ, en adduction à 4 centimètres et légère rotation en dedans.* Le bassin est élevé du côté réséqué. Le raccourcissement réel n'est que de 1 centimètre; le raccourcissement apparent à la mensuration est porté à 4,5 centimètres par l'ascension du moignon fémoral et l'adduction crée un raccourcissement *fonctionnel*, encore plus grand, *de 10 centimètres.* La marche est vite pénible au bout de quelques kilomètres, car il compense insuffisamment son raccourcissement fonctionnel par un simple talon de 3 centimètres, surajouté à sa chaussure (V. photogr., pl. XII.)

La résection a été commandée ici par des lésions avancées de la tête fémorale, constatées au cours d'une arthro-

tomie pour une coxalgie suppurée depuis un temps indéterminé, avec luxation spontanée. La guérison a été obtenue au bout de cinq à six mois. Douze ans après, on trouve une ankylose solide, mais en *attitude vicieuse*, qui sera prochainement corrigée par une ostéotomie sous-trochantérienne, que nous avons proposée.

OBSERVATION 62

R... François.

Entre en juillet 1899, âgé de 8 ans. Coxalgie gauche, non suppurée, datant de huit mois. On met l'enfant en traction. — Le 1^{er} février 1900 : l'enfant part en silicate. Silicates successifs jusqu'en novembre. — Le 7 novembre : adduction de 11 centimètres. Raccourcissement apparent de 2 cent. 5. Volumineux abcès à la partie supéro-externe de la cuisse. — Le 10 novembre : incision de l'abcès et drainage. — En février 1901 : nouvelle collection purulente, volumineuse, avec fluctuation allant de la crête iliaque à la face postéro-externe de la cuisse. La peau est amincie avec vascularisation superficielle très abondante. Rien au toucher rectal. Adduction notable. Signes de luxation spontanée. Ascension du grand trochanter de 4 centimètres. Devant l'échec du drainage de l'abcès et la production d'une nouvelle collection étendue, sur le point de se fistuliser, d'une part, et les symptômes très nets de luxation spontanée du fémur, on n'attend pas que l'état général s'aggrave et on décide la résection.

Le 5 février 1901 : environ un litre de pus jaune verdâtre. La tête fémorale est luxée. Elle est érodée, diminuée des deux tiers et creusée d'un large canal. Résection de la tête. Le cotyle est dépourvu de cartilage. Le rebord postérieur est réduit à l'état de débris. Pas de perforation. — Le 13 juin : guérison confirmée en quatre mois. L'enfant part en silicate. On devait le ramener, mais on ne l'a pas fait.

En 1911, *dix ans après*, R... est cultivateur à Albiez-le-Vieux, village haut perché dans le massif des Rousses, vers les aiguilles d'Arves, et dont nous n'avons pu le faire descendre. Nous en sommes réduits à sa prose, d'ailleurs difficile à obtenir : « Je vais bien, ma coxalgie est tout à fait guérie. Je n'ai plus eu d'abcès. *La hanche ne bouge pas*. La jambe n'est pas aussi grosse ni aussi longue que l'autre. Je suis bien boiteux, mais cela ne m'empêche pas de travailler. Je ne souffre pas en marchant. *La marche m'est bien facile. Je n'ai besoin de rien du tout et je peux faire encore d'assez grandes marches. Mais je ne peux pas courir.* »

Nous n'avons pu avoir d'autres renseignements plus précis, mais nous avons appris, par ailleurs, que R... descendait régulièrement aux marchés et foires de St-Jean-de-Maurienne, à pied, et remontait de même, ce qui représente une *cOURSE DE MONTAGNE, pénible et longue, de trois à quatre heures*. Cela nous permet de conclure que R..., quelle que soit son attitude au point de vue orthopédique, a, en tout cas, un *excellent résultat fonctionnel*, et que sa hanche est solide, bien ankylosée.

OBSERVATION 63

M...-B...

Entre en janvier 1900, âgé de 7 ans. Pas d'antécédents bacillaires. Entre pour une *péritonite tuberculeuse à forme cloisonnée dans la fosse iliaque droite*. La maladie date de deux ou trois mois. A l'entrée, *état cachectique*, facies péritonéal. *Œdème de la paroi* avec circulation veineuse superficielle très marquée. Attitude réflexe (pseudo-psoïtis) en flexion, abduction et rotation externe. Les mouve-

ments de la hanche sont libres. — *Le 25 janvier : incision et drainage* de la collection qui est complètement tarie en avril. — *Juin* : revient pour un abcès qui s'est formé à la partie antéro-supérieure de la cuisse, qui s'est déjà fistulisé au niveau de l'arcade crurale et tend à le faire un peu au-dessous. Pus grumelleux, jaunâtre et fétide. Adduction, flexion et rotation en dedans. Atrophie marquée. Amaigrissement considérable. En présence de la gravité de la coxalgie suppurée et fistulisée, et de l'état général qui s'aggrave de plus en plus, on décide de tenter la résection.

13 juin 1900: résection de la hanche. Séquestres de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde. Contre-ouverture et drainage. *Guérison complète en dix mois.* — *En octobre 1904* : on revoit l'ancien opéré. Excellent résultat local et général. Il a engraisé notablement. L'abdomen est souple, sans masses ganglionnaires pelviennes. La jambe droite est en excellente attitude : extension, légère abduction et rotation du pied en dehors. L'E.I.A.S. est abaissée en dehors ; il y a un peu de scoliose à convexité droite, portant sur toute la hauteur de la colonne. Raccourcissement apparent à la mensuration de 1 cent. 5.

En 1911, l'état général est toujours aussi excellent qu'en 1904. Pas d'autres maladies ; ne tousse pas ; cependant, on note au sommet droit une respiration un peu obscure (?).

Cicatrices déprimées. *Ankylose complète, solide, en abduction (de 21 centimètres), et rotation en dehors ; peu de flexion.* L'épine iliaque est nettement abaissée du côté réséqué. *Raccourcissement fonctionnel de 1 centimètre ; réel de 0,05 centimètre.*

Il marche et court très facilement. Les escaliers ne le gênent pas ; il les descend deux marches à la fois. Il fait de longues courses sans fatigue et sans jamais souffrir de

la hanche. Il monte à *bicyclette*, et les grandes promenades ne l'effraient pas; 30 à 40 kilomètres en moyenne.

Ce malade a été réséqué pour une coxalgie suppurée et fistulisée, secondaire (six ou sept mois après) à une péritonite tuberculeuse de la fosse iliaque droite. *Il a été opéré*, à un moment où l'état général était très compromis, *en désespoir de cause* pour ainsi dire. On a trouvé des *lésions acétabulo-fémorales*, à peu près de même intensité et des *séquestres* qui n'auraient pu s'éliminer spontanément. La résection l'a guéri complètement en dix mois, et l'état général s'est trouvé complètement transformé.

Il a maintenant un *résultat anatomique, orthopédique et fonctionnel excellent*, comme nous l'avons montré plus haut. L'attitude en flexion et abduction légères, avec une hanche solidement ankylosée, facilite considérablement la marche. (Voir photogr., pl. XIII.)

La *radiographie* (V. pl. XIII) montre une grosse déformation du bassin; atrophie de tout le bassin du côté réséqué. Si on prend les mensurations sur la radiographie, on trouve que la distance de l'E.I.A.S. gauche à la symphyse pubienne est de 22 centimètres, alors qu'à droite elle ne mesure que 17 centimètres; il y a donc une différence de 5 centimètres. L'ankylose paraît être osseuse, véritable soudure. On voit, *sur le cliché radiographique*, des travées osseuses du moignon fémoral se mélanger à celles du bassin.

OBSERVATION 64

B... Paul.

Entre en août 1900, âgé de 2 ans et demi. Cet enfant n'a jamais marché, mais, *depuis sept mois*, on s'est aperçu qu'il souffrait de la hanche droite. A l'entrée, *adduction marquée*, la jambe droite repose sur la gauche. Raccourcissement apparent à la mensuration de 1 centimètre. Ganglions inguinaux. A la région antéro-externe de la hanche, *abcès volumineux* qui masque le grand trochanter. Etat général resté satisfaisant. — 30 août : *incision de l'abcès*. Pus grumeleux abondant. On trouve un *trajet qui conduit directement sur l'articulation coxo-fémorale*. Drainage. Immobilisation plâtrée. — Novembre : la suppuration est toujours abondante. *L'état général commence à donner des inquiétudes*. La hanche est toujours en adduction.

Le 11 novembre : intervention. On trouve une *luxation spontanée*. Le ligament rond a disparu. Foyer d'*ostéite dans le col*. Résection de la hanche, tête et une partie du col. Au niveau de la *cavité cotyloïde*, on trouve une *large surface d'où le cartilage a disparu*. Thermocautérisation. Drainage. Gaze iodoformée. — En mai 1901 : *six mois après, la résection est guérie*. Silicate. — En décembre : cicatrisation maintenue complète. Adduction de 11 centimètres. Pas d'ensellure lombaire. Mouvements communiqués facilement. *Pas d'ankylose*. *Ascension apparente du fémur* de 3 cent. 5. Sur la *radiographie*, faite à cette époque (voir pl. XIV), l'avant-toit de la cavité cotyloïde a disparu sur une hauteur assez considérable, et le moignon du col s'accroche encore un peu au rebord de ce qui subsiste de cet avant-toit. Malgré cette ascension du fémur, il n'y a qu'un raccourcissement apparent de 1 cent. 5 à 2 centimètres. Par contre, nous avons à noter un *allongement réel, pathologique, de 2 centimètres*, dont 1 pour le fémur et 1 pour le tibia. Le malade rentre chez lui. *Il a été perdu de vue depuis, c'est-à-dire treize mois après la résection*.

En 1911, nous le retrouvons à Vauhavéys. Il a 14 ans maintenant. Il se porte très bien, s'est bien développé. (V. photo, pl. XIV.). *Il n'a pas eu d'abcès, ni de fistules* consécutives à l'opération. Il ne souffre pas de sa hanche, sauf de loin en loin avec les variations du baromètre.

Nous sommes frappé de sa *démarche, qui est celle de la luxation congénitale avec le plongeon caractéristique*. A l'examen, on constate que *tous les mouvements de la hanche sont possibles, même un peu exagérés*, comme dans la luxation congénitale (v. radiogr. en 1911, planche XIV), à part l'abduction, qui est un peu limitée. *Ascension du fémur de 7 centimètres*. Raccourcissement apparent de 5 centimètres à la mensuration. Par contre, on trouve toujours un *allongement réel du squelette qui est maintenant de 5 centimètres, dont 3 pour le fémur et 2 pour la jambe*.

Malgré cette luxation, et malgré la boiterie signalée, *l'enfant court et marche sans fatigue ni douleur*, avec un soulier à talon correcteur de 2 centimètres. Dans la station debout, et la marche, il pose le pied entièrement à plat. (V. photo, pl. XIV.)

Voilà bien la « *hanche ballante* » dont parle Broca, mais *c'est la seule* que nous ayons trouvée dans la « *paroisse* » de la Charité de Lyon. A quoi faut-il l'attribuer? A la résection elle-même? Nous ne le croyons pas, car *il ne faut pas admettre que toutes les résections sont suivies de luxation du moignon*, de la « *baguette de tambour* », dans la *fosse iliaque*. Et les coxalgies, traitées par l'immobilisation, n'en sont pas exemptes, lorsque la suppuration a détruit la tête fémorale et une partie du col, ou que le rebord cotyloïdien a disparu. D'ailleurs, la luxa-

tion spontanée s'était produite avant la résection. On l'a vérifié au cours de l'intervention.

Enfin, il faut surtout envisager le résultat vital, plus précieux que le résultat orthopédique. B... a été opéré au moment où son état général commençait à se ressentir fâcheusement de la *persistance de la suppuration, malgré l'incision et le drainage de l'abcès*. Il a tiré un gros bénéfice de la résection, puisqu'il a *été guéri complètement en un an d'une coxalgie suppurée avec luxation spontanée du fémur*. Cette guérison aurait, sans aucun doute, exigé du traitement conservateur pur, une durée beaucoup plus longue et le résultat eût-il été meilleur ? Il nous est permis d'en douter fort.

Nous devons revenir sur un fait remarquable ici *et très rare, la persistance de l'allongement atrophique*, qui était déjà de 3 centimètres en 1901 et qui, *aujourd'hui, onze ans après, atteint jusqu'à 5 centimètres*. Si le moignon fémoral s'était ankylosé en bonne position, il eût été curieux, bien que déplorable, *de voir le membre réséqué plus long que l'autre de près de 5 centimètres*.

Rappelons que ce malade a été réséqué à l'âge de 3 ans.

OBSERVATION 65

Br... Paul.

Entre en août 1900, âgé de 7 ans. Coxalgie gauche datant de deux ans, qui a déjà été soignée par l'immobilisation en traction, puis en silicate. A l'entrée, coxalgie suppurée (abcès fessier) non fistulisée. Etat général mauvais. Inappétence marquée depuis plusieurs mois. A maigri beaucoup. Pronostic grave.

Résection de la hanche. Abcès volumineux. Résection de

la tête et d'une partie du col. Petite perforation du cotyle. Sort guéri en septembre 1901. Il n'a pas été revu depuis cette époque.

En 1911, son père nous écrit : « Il va aussi bien que possible; il a grôssi et grandi; il a très bon appétit. Depuis sa sortie de la Charité, il n'a plus suppuré, ni souffert de sa hanche, même aux changements de temps. Il n'a jamais porté d'appareil. La jambe malade est moins grosse et plus courte de 3 centimètres. *Il marche en boitant un peu; il court au besoin*; il a simplement un soulier avec un talon plus haut de 1 centimètre. Comme force, il n'y a pas de différence entre les deux jambes. »

Nous faisons venir le malade pour l'examiner. L'état général est bon; il n'a jamais toussé; mais il a un frère plus jeune, qui est malingre et tousse l'hiver. Cicatrices indolores. La jambe est *solidement ankylosée. Flexion d'environ 35°*, avec ensellure lombaire. *Adduction* avec élévation de l'E.I.A.S. gauche. Pas de rotation. Un peu de genu valgum à gauche. (V. fotogr., pl. XV.) Le grand trochanter n'est pas remonté du tout. Les raccourcissements apparents à la vue et à la mensuration ont la même valeur, 3 centimètres. Le raccourcissement réel n'est que de 1,5 centimètre portant sur le fémur seul.

B... a, sans aucun doute, été *tiré d'un mauvais pas, par la résection*. Le traitement temporisateur n'avait pas empêché, au bout de deux ans, la suppuration de se produire abondante, en même temps que l'état général s'aggravait manifestement. *Le résultat fonctionnel est très bon*. Il serait parfait s'il n'y avait pas d'adduction ni de flexion, et le raccourcissement réel de 1,5 centimètre serait cer-

tainement complètement supprimé par l'ostéotomie sous-trochantérienne que nous lui avons proposée, mais qu'il a repoussée. Il est très pusillanime et, d'ailleurs, il peut se contenter de son résultat, que beaucoup d'autres lui envieraient. La radiographie montre (v. radiogr., pl. XV) le moignon fémoral occupant à peu près la cavité cotyloïde, où il est intimement soudé. Atrophie très marquée de l'os iliaque, du côté opéré, vers lequel la symphyse pubienne est déviée. Saillie en dedans de l'épine sciatique, des deux côtés, mais surtout du côté opéré. Redressement de la ligne innominée à droite, c'est-à-dire du côté sain, par suite de la charge plus grande de ce côté. Du côté opéré, la courbe de cette ligne est normale. En somme, configuration ovale du détroit supérieur, à grosse extrémité du côté réséqué.

OBSERVATION 66

R... François.

Entre le 9 août 1901, âgé de 8 ans. Pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux. Coxalgie gauche ayant débuté il y a deux ans. A cette époque, on l'immobilise en plâtre pendant deux mois. Au sortir du plâtre, l'enfant boite encore un peu, mais ne souffre plus; il retourne à l'école et s'amuse comme s'il était complètement guéri. Depuis un mois, formation d'un abcès sur la face externe du tiers supérieur de la cuisse. La peau est amincie à ce niveau et rouge en quelques points. On constate, d'autre part, une tuméfaction de la fesse qui bombe plus que l'autre. Mouvements très douloureux, abduction et adduction impossibles. La flexion entraîne le bassin. Pression douloureuse sur le trochanter. — Le 12 août : incision et curetage de l'abcès.

On arrive sur l'os dénudé. Il y a un abcès en bouton de chemise. *Arthrotomie. Drainage. Attelle plâtrée.*

Le 5 novembre 1901: résection de la hanche. On se décide à faire la résection parce que l'arthrotomie et le drainage n'ont pas eu d'influence sur la suppuration qui est toujours abondante et parce que l'état général commence à s'en ressentir. La tête fémorale est complètement déformée et rongée. *Décapitation.* Lésions superficielles de l'acétabulum, que l'on curette. — *Le 20 novembre :* il y a eu cicatrisation per primam de la plaie opératoire. Tout paraît être en bonne voie, mais les parents veulent absolument emmener leur enfant. *Sortie.* On ne l'a jamais ramené.

En 1911, nous pouvons voir l'ancien opéré à Entre-Deux-Guiers. Il a maintenant 18 ans.

Nous apprenons qu'il a été soigné chez lui à la suite de son opération et qu'il n'est resté au lit que huit mois. *Il n'a jamais porté d'appareil orthopédique.* Il va très bien au point de vue santé générale. Il n'a jamais toussé.

Localement, les cicatrices sont bien déprimées et indolores. Il y a un peu de flexion et d'adduction. *Il n'y a pas d'ankylose.* Le mouvement de flexion va presque jusqu'à l'angle droit, sans douleur; celui d'abduction est presque nul. Mais le moignon fémoral doit être assez bien fixé par des attaches fibreuses solides, car dans la station debout sur le membre malade, le grand trochanter ne s'élève pas. Le raccourcissement apparent à la mensuration est de 6 centimètres; *le raccourcissement réel de 2 centimètres seulement.* La distance intermalléolaire est de 6 centimètres. Ce raccourcissement fonctionnel est incomplètement corrigé par une talonnette de 2 centimètres. Cependant, il peut faire, sans fatigue, *des marches d'une quinzaine de kilomètres*, monte quelquefois à bicyclette. (Voir photogr., pl. XV.)

III. — STATISTIQUE ET

Nos des OBSERVA- TIONS	NOMS	DU DÉBUT à la RÉSECTION	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	AGE à la RÉSECTION	LÉSIONS
35	B	7 mois.	Immobilisation. Arthrotomie.	12 ans.	Acétabulo-fémoral (Perforation.)
36	Y	7 mois.	Redressement. Immobilisation.	8	Acétabulaires (Per- foration, séquestres)
37	P.....	?	Débridement. Curettage de fistules.	4	Fémorales.
38	D	9 mois.	Immobilisation. Ponction. Arthrotomie.	6	Acétabulaires. (Perforation.)
39	C	6 mois.	Immobilisation.	7	Acétabulaires. (Perforation.)
40	B	16 mois.	Immobilisation.	5	Acétabulaires. (Séquestres.)
41	D	2 ans.	Immobilisation.	6	Acétabulaires. (Perforation.)
42	B.....	3 ans et 3 mois.	Immobilisation. Ponction.	6	Acétabulo-fémoral
43	F.....	3 ans et 3 mois.	Immobilisation.	9	Fémorales.
44	D	?	Point Fistules multiples.	7	Acétabulo-fémoral (Abscess pelvien.)
45	G	2 ans 1/2.	Immobilisation- Drainage.	6	Fémorales.

ÉS VIVANTS EN 1911

REIS- NT C- NEL	CORRECTION ORTHOPÉDIQUE	RÉSULTAT FONCTIONNEL	PROFESSION	AGE ACTUEL	ANCIENNETÉ de la RÉSECTION
0 mè- S.	Béquille.	Mauvais.	Couturière.	38 ans.	27 ans.
0	Rien.	Satisfaisant.	—	31	23
	Rien.	Bon.	Ménagère.	27	23
	Talonnette intérieure 7 centimètres.	Excellent. (Chasse, bicyclette).	C o fleur.	29	23
	Talonnette 5 centimètres.	Très bon 30 à 35 kilomètres.	Ingénieur.	29	22
2	Talonnette 15 centimètres.	Mauvais.	Ménagère.	27	22
5	Talonnette 6,5	Bon.	Ouvrier tôlier.	29	23
0	Rien.	Excellent.	Chaudronnier.	27	21
0	Talonnette 10 centimètres.	Bon.	Blanchisseuse.	29	20
4	Rien.	Bon.	Ouvrière d'usine.	27	20
2	Support de 24 centimètres.	Très mauvais.	Cordonnier.	26	20

N ^{os} des OBSERVA- TIONS	NOMS	DU DÉBUT à la RÉSECTION	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	AGE à la RÉSECTION	LÉSIONS
46	C... gauche.	?	Immobilisation.	7	Acétabulaires (Séquestres.)
		8 mois.	Immobilisation.	8	Acétabulaires. Fémorales. (Séquestres.)
47	D.....	7 mois (?)	Drainage. Immobilisation.	5	Fémoro-acétabula (Perforation im minente.)
48	C.....	4 ans.	Immobilisation. Récidive.	9	Fémorales.
49	L.....	4 ans.	Immobilisation. Redressement. Récidive, Drainage.	12	Fémorales (séques Acétabulaires se daires (perfora imminente.)
50	O.....	1 an.	Immobilisation.	7	Fémoro-acétabula (Perforation.)
51	M.....	7 mois.	Immobilisation. Arthrotomie.	7	Acétabulo-fémora (Séquestres.)
52	V.....	?	Traction, Immobilisa- tion. Ponction, In- jection, Drainage, Arthrotomie.	6	Fémorales.
53	D.....	?	Traction. Immobilisation.	8	Acétabulaires (Sourcil.)
54	B.....	?	Redressement. Immobilisation.	13	Fémorales. (Séquestres.)
55	S.....	3 mois (?)	Drainage. Immobilisation.	14	Acétabulo - fémora (Séquestres, 2 forations, tête lu

COURCIS- MENT ONC- NNEL	CORRECTION ORTHOPÉDIQUE	RÉSULTAT FONCTIONNEL	PROFESSION	AGE ACTUEL	ANCIENNETÉ de la RÉSECTION
4	Talonnette 5 centimètres.	Relativement bon. Démarche très disgracieuse.	—	26	19 18
7	Talonnette.	Bon.	—	23	18
8	Talonnette 5 centimètres.	Satisfaisant (10 kilomètres.)	Cartonnier.	26	17
3,5	Talonnette 3 centimètres.	Bon.	—	20	17
12	Talonnette 16 centimètres.	Satisfaisant.	Garçon de café.	24	17
8	Rien.	Bon.	—	24	17
6	Semelle.	Bon.	—	22	16
à 5	Rien.	Bon.	Charcutier.	24	16
12	Canne pas de chaussure orthopédique.	Bon (25 à 30 kilomètres.)	Bureaucrate.	29	16
10	Rien.	Bon.	Couturière.	30	16

N° des OBSERVA- TIONS	NOMS	DU DÉBUT à la RÉSECTION	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	AGE à la RÉSECTION	LÉSIONS
56	F	7 mois.	Immobilisation.	13	Acétabulaires, (pe- ration, abcès pel- ostéite de l'ischio)
57	M	2 ans.	Ponction.	10	Acétabulaires. (Fissure.)
58	C	22 mois.	Immobilisation. Arthrotomie.	9	Fémoro - acétabula- (Tête séquestre perforation, ab- pelvien.)
59	B.	4 ans.	Immobilisation. Guérison, Récidive.	10	Fémorales.
60	C	?	Traction. Immobilisation. Ponction.	7	Fémorales.
61	T	?	Immobilisation.	5	Fémorales (Tête luxée)
62	R	2 ans.	Immobilisation. Traction, Drainage.	9	Fémorales. (Tête luxée presq détruite.)
63	M.	? Secondaire à péritonite.	Immobilisation.	7	Acétabulo-fémorale (Séquestres.)
64	B	1 an.	Drainage. Immobilisation.	3	Fémorales (Tête lux Acétabulairessec- daires.
65	B	2 ans.	Traction. Immobilisation.	7	Acétabulo-fémoral (Petite perforation)
66	R	2 ans.	Immobilisation. Drainage.	8	Fémorales

URCIS- ENT NC- NEL	CORRECTION ORTHOPÉDIQUE	RÉSULTAT FONCTIONNEL	PROFESSION	AGE ACTUEL	ANCIENNETÉ de la RÉSECTION
	Talonnette 5 centimètres.	Excellent. Trimardeur. Bicyclette.	Ouvrier tourneur.	27	14
	Talonnette 2 centimètres.	Excellent. Très bon marcheur. Bicyclette.	Coiffeur.	25	15
	Talonnette 6 centimètres.	Excellent. Bon marcheur Chasseur, Bicyclette.	Employé de bureau.	22	13
	Talonnette 7 centimètres.	Excellent. Bon marcheur. Bicyclette 30 à 70 k.	Cartonnier.	20	10
	Rien.	Satisfaisant.	Cultivateur puis cordonnier.	20	13
	Talon 3 centimètres.	Satisfaisant.	Écolier.	17	12
	Rien.	Excellent.	Cultivateur.	20	11
	Rien.	Excellent. Bon marcheur. Bicyclette.	Coiffeur.	19	12
	Talon 2 centimètres.	Démarche de la luxation congénitale.	Écolier.	14	11
	Talon 1 centimètre.	Bon.	Typographe.	18	11
	Talonnette 2 centimètres.	Bon. Bicyclette.	Bureaucrate.	18	10

Il s'agit là d'une coxalgie qui avait paru guérie après immobilisation, et qui a *récidivé* au bout de deux ans, avec suppuration. Le malade est entré avec une collection sur la face externe de la hanche, *prête à s'ouvrir* (rougeur et amincissement de la peau), et un abcès de la région de la fesse. L'incision de l'abcès et l'arthrotomie faites aussitôt n'ont pu tarir la suppuration, et la résection, nécessaire quatre mois après, a porté sur des lésions presque uniquement fémorales (tête fémorale rongée, décapitation). L'opéré est emmené quinze jours après la résection. La guérison complète a eu lieu en huit mois; elle n'a été suivie d'aucune surveillance orthopédique. Dix ans après, la guérison persiste toujours, mais il n'y a qu'une *ankylose fibreuse*, lâche, en flexion et adduction légères. Le raccourcissement fonctionnel n'est que de 6 centimètres. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant; il serait meilleur encore avec une chaussure orthopédique.

ÉTUDE CRITIQUE ET STATISTIQUE

- I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.
 - II. — RÉSULTAT VITAL.
 - III. — RÉSULTAT ORTHOPÉDIQUE.
 - IV. — RÉSULTAT FONCTIONNEL.
-

I. — Anatomie pathologique.

A. — ETAT ET TRAITEMENT ANTÉRIEURS A LA RÉSECTION.

Dans un certain nombre de cas, la résection a dû être faite d'emblée, dès l'entrée des malades à l'hôpital, imposée par la gravité de l'état général ou local.

Dans tous les autres cas, comme on a pu s'en rendre compte en parcourant les observations qui précèdent, on a toujours institué au début l'immobilisation rigoureuse.

Ce n'est que dans les cas de suppuration et de suppuration rebelle que l'on a eu recours à une intervention quelconque.

Lorsque les abcès devenaient trop volumineux, résistaient à l'immobilisation suffisamment prolongée, ou avaient tendance à s'ouvrir spontanément, on leur a opposé tout d'abord de petites interventions : incision, drainage, arthrotomie.

C'est souvent grâce à l'exploration directe ainsi permise, que l'on a pu contrôler l'existence de lésions reconnues généralement incurables spontanément : séquestres du fémur (tête ou col); lésions acétabulaires (séquestres, perforation, avec ou sans abcès pelviens). Ce sont ces lésions profondes qui entretiennent indéfiniment la suppuration.

On a eu recours à la résection toutes les fois que l'aggravation manifeste de l'état général l'imposait quoad vitam, et toutes les fois que l'échec des traitements temporisateur et interventionniste sans exérèse, ou l'exploration démontraient nettement que l'on se trouvait en présence de lésions, dont, seule, la résection pouvait assurer la guérison.

Fistules. — L'existence de fistules spontanées s'est présentée dans 12 cas avant l'intervention.

Luxations spontanées ou subluxations. — Dans 14 cas, il y avait luxation complète ou subluxation constatée avant ou au cours de l'intervention.

B. — LÉSIONS TROUVÉES A L'INTERVENTION.

Séquestres. — La présence de séquestres a été notée vingt fois au moins sur les observations.

Lésions prédominantes :

1 synovite pure.

1 coxo-synovite mixte.

23 lésions fémorales.

{ 20 lésions acétabulo-fémorales.

{ 21 lésions acétabulaires nettement prédominantes.

Perforations acétabulaires. — On a noté dans 23 observations (sur 66) l'existence de une ou plusieurs perforations de l'acétabulum, avec ou sans abcès pelvien.

C. — AGES AUXQUELS ONT ÉTÉ FAITES LES RÉSECTIONS.

Age	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Nombre...	3	1	6	8	9	7	6	7	8	3	6	2	1

Quatre fois seulement la résection a eu lieu au-dessous de quatre ans; jamais au delà de quinze ans. *L'âge moyen a été 8 ans et demi.*

D. — ETENDUE DE LA RÉSECTION

La résection a été faite :

Sous-parvi-trochantérienne dans.....	1 cas.
Sous-magni-trochantérienne dans	2 cas.
Intra-magni-trochantérienne dans	8 cas.
Juxta-magni-trochantérienne dans.....	22 cas.
Médio-cervicale dans.....	12 cas.
Décapitation simple dans.....	18 cas.

E. — TEMPS EXIGÉ PAR LA GUÉRISON OPÉRATOIRE

De trois à six mois :	9 cas.
De six à neuf mois :	7 cas.
De neuf mois à un an :	13 cas.
De un an à deux ans :	6 cas.

F. — PERSISTANCE DE FISTULES

Cinq fois (7 p. 100), la guérison s'est effectuée avec persistance de fistules.

Deux fois, la mort est survenue par suppuration douze et treize ans après la résection.

Une fois par méningite au bout de quatre ans.

Chez les deux autres malades, encore vivants, la fistule persiste intermittente, seize et vingt-sept ans après.

Toujours il s'est agi de coxalgies cotyloïdiennes.

G. — RÉCIDIVES

Une seule fois (obs. 28), il y a eu récurrence, après guérison complète maintenue pendant près de dix-huit ans. Il y a eu récurrence locale, réouverture de fistules, et enfin, généralisation tuberculeuse pluri-viscérale (péritonite tuberculeuse puis granulie pulmonaire).

II. — Résultat vital.

A. — DÉCÈS, SUITES DE LA COXALGIE ELLE-MÊME.

Cinq décès par choc opératoire.

Huit décès par suppuration.

En tout, 13 sur 66, soit 19,6 p. 100.

Il faut donc dire que, sur ces 66 cas suppurés, tous graves, quelques-uns désespérés, la *coxalgie* a entraîné la mort plus ou moins rapidement 20 fois sur 100 environ, *malgré la résection*.

Décès par choc. — 5 chocs opératoires sur 87 résec-

tions, soit la proportion de 5,5 p. 100 dans les circonstances suivantes :

a) Coxalgie acétabulo-fémorale avec abcès pelvien et fistules.

b) Coxalgie acétabulaire avec abcès pelvien.

c) Coxalgie acétabulaire avec perforation, abcès pelvien et luxation spontanée.

d) Coxalgie fémorale avec 5 fistules datant de plusieurs années.

e) Coxalgie fémorale avec luxation spontanée.

Cette proportion est en somme minime (Ménard, en 1908, a encore une proportion de 4,9 p. 100), étant donnée surtout la gravité toute particulière des cas dans lesquels a eu lieu cet accident.

Décès par suppuration. — 8 cas.

Cinq mois, onze mois, dix-huit mois, deux ans et quatre mois, deux ans et quatre mois, trois ans, douze ans et treize ans après la résection.

B. — DÉCÈS PAR COMPLICATIONS (27 p. 100).

a) *Méningite tuberculeuse.* — 9 cas.

Un mois, deux mois, six mois, six mois, neuf mois, deux ans et demi, quatre ans, quatre ans et sept ans après la résection.

b) *Tuberculose pulmonaire.* — 9 cas.

Deux mois, quatre mois, douze mois, seize mois, deux ans et demi, trois ans, six ans, treize ans et dix-huit ans après la résection.

Dans le dernier cas, survenu dix-huit ans après, il y avait eu récurrence locale et généralisation pluri-viscérale (péritonite tuberculeuse).

C. — DÉCÈS PAR MALADIES INTERCURRENTES.

- 1 néphrite suraiguë, six ans après.
- 1 maladie mentale, dix-huit ans après.
- 1 affection hépatique, vingt ans après.

Résumé global des causes de décès.

Choc opératoire	5
Cachexie suppurative	8
Méningite tuberculeuse	9
Tuberculose pulmonaire	9
Maladies intercurrentes	3
	34

Pronostic particulier des coxalgies acétabulaires.

Nous avons vu que dans 41 cas sur 66, il y avait des lésions acétabulaires primitives ou secondaires, nettement caractérisées, ce qui revient à dire que 62,1 p. 100, c'est-à-dire presque les deux tiers de ces 66 résections ont été nécessitées par des lésions de la cavité cotyloïdienne.

Sur les 34 cas de morts, il y a eu 19 cas de lésions cotyloïdiennes, soit 56 p. 100.

Enfin, sur les 13 cas de morts dues à la coxalgie elle-même, nous trouvons mentionnées huit fois des lésions cotyloïdiennes graves, soit dans 61,5 p. 100 des cas.

Ces quelques chiffres démontrent bien la gravité toute particulière des coxalgies cotyloïdiennes.

Statistique globale des décès.

- 23 survenus avant quatre ans, soit 35 p. 100.
- 27 (23 + 4) survenus avant dix ans; soit 41 p. 100.

Si nous comptons les réséqués survivants ou ayant survécu plus de dix ans après la résection, et arrivés à l'âge adulte, nous en trouvons 38 sur 66, soit 58 p. 100.

Sur ce nombre, 32 vivent encore en 1911, soit 49 p. 100, près de la moitié.

L'âge moyen des survivants est de 25 ans.

En face de ces chiffres, nous ne savons que penser de la déclaration de Felizet à la Société de chirurgie de Paris en 1899, assurant que sur 80 coxalgiques (entre 2 ans et l'âge adulte) traités par la méthode conservatrice, il n'en avait retrouvé que 9 ayant atteint l'âge de 20 ans. Ce déchet considérable nous paraît exagéré. Nous n'osons en faire un cas absolu.

En consultant nos tableaux du groupe II et III, on voit que sur 66 coxalgiques, réséqués dans des conditions particulières de gravité, entre 3 et 15 ans, 32 ont atteint ou dépassé l'âge de 20 ans.

Tout terme (statistique semblable) manque, à notre connaissance du moins, pour établir une comparaison quelconque avec la survie due au traitement conservateur. Quoi qu'il en soit, ces chiffres parlent d'eux-mêmes et protestent contre la qualification d'opération meurtrière octroyée à la résection.

Ne doit-on pas dire que la plupart de ces coxalgiques graves, à peu près fatalement voués à une mort plus ou moins prochaine, doivent leur vie à la résection ?

Souhaitons, comme Ollier il y a vingt ans, que « cette différence dans le point de vue sous lequel doit être considérée la résection de la hanche, la fasse juger plus favorablement par les chirurgiens qui la repoussent et qui méconnaissent les grands services qu'elle rend dans les cas graves de coxalgie suppurée ».

III. — Résultat orthopédique.

A. *Ankylose*. — Nous avons pu nous rendre compte de la solidité de la hanche dans 41 cas, 23 fois par nous-même, 18 fois d'après les dires des malades ou de leurs parents.

Nous avons qualifié de *solides* les ankyloses ne permettant aucun mouvement et où le fémur paraissait faire corps avec le bassin; de *serrées*, celles qui, tout en permettant de très légers mouvements de flexion, offraient la même solidité; de *peu serrées*, celles laissant au mouvement de flexion, rarement aux autres, une grande étendue, allant parfois jusqu'à l'angle droit.

Sur 41 cas.

Solide	Serrée	Peu serrée	Hanche ballante
26	5	9	1 (obs. 64)

Sur 5 au moins des radiographies que nous avons pu avoir, on peut affirmer autant qu'il est possible de le faire, l'existence d'une soudure complète, d'une fusion entre le moignon fémoral et le bassin, en particulier, dans les cas des observations 46 (à gauche), 50, 57, 63, 65.

Dans tous les cas que nous avons mis dans les deux premières catégories (ankylose solide ou serrée), la hanche a un appui solide et la station debout sur le membre réséqué est possible sans douleur et sans glissement du moignon dans la fosse iliaque.

Même dans les cas d'ankylose peu serrée, l'appui est encore suffisant et même avec des mouvements étendus de flexion, le résultat fonctionnel peut être bon ou même excellent (voir les obs. 24, 38, 54, 55, 66).

Une seule fois (obs. 64), la hanche est restée ballante.

Nous sommes donc loin d'être de l'avis de M. Kirmisson qui, dans son *Précis de chirurgie infantile*, répète qu'« une autre circonstance défavorable de la résection, c'est qu'elle laisse trop souvent après elle une articulation flottante. Le malade réséqué plonge en marchant à la manière de ceux qui sont atteints de luxation congénitale ».

Il est vrai que cette ankylose met parfois assez longtemps, plusieurs années, à s'établir solidement.

Nous y avons pensé trop tard, mais nous aurions pu, pour plus de la moitié de nos malades, les photographier à cloche-pied sur le membre réséqué, comme nous l'avons fait pour celui de l'observation 63. (V. planche XIII.)

B. — ATTITUDE

Deux fois seulement (obs. 32 et 63), l'ankylose s'est produite en abduction nette avec légère flexion, attitude très favorable à tous points de vue.

Sept fois il n'y a pas eu d'attitude vicieuse.

Quatre fois, la flexion est pure, dans un de ces cas, la flexion s'est établie à 80° (obs. 45).

Dans tous les autres cas, il y a flexion et adduction plus ou moins marquées.

Si l'immobilisation orthopédique longtemps prolongée ne paraît pas avoir une influence manifeste sur la pro-

duction de l'ankylose, il est certain qu'elle la dirige et l'oriente, au moment où elle s'établit.

Malheureusement, surtout lorsqu'on a affaire, comme c'est le cas de cette statistique, à une clientèle hospitalière, on perd de vue les malades beaucoup trop tôt; l'appareil qu'on leur donne à leur sortie de l'hôpital n'est porté que pendant quelques mois, et n'est jamais renouvelé par les parents. Les déviations vicieuses secondaires sont presque constantes et le résultat fonctionnel s'en ressent.

Ce n'est pas la faute de la résection, mais surtout celle des malades ou de leurs parents.

C. — ASCENSION DU GRAND TROCHANTER. SUBLUXATION.

Il est hors de doute que dans la plupart des cas, surtout dans les coxalgies cotyloïdiennes, il y a subluxation plus ou moins marquée du moignon fémoral en haut et en arrière. Cette subluxation ne peut être appréciée que par la radiographie, croyons-nous, et cela pour plusieurs raisons :

Le grand trochanter, dont le cartilage a été fatalement irrité, s'effile plus ou moins en haut.

D'autre part, à l'âge adulte, les déformations du bassin sont tellement marquées que les points de repère habituels (ligne de Nélaton) n'ont plus aucune valeur. L'E.I.A.S. s'abaisse; la tubérosité ischiatique est toujours déviée.

La même erreur se reproduit dans l'évaluation du raccourcissement apparent à la mensuration (de l'E.I.A.S. à la malléole externe).

L'atrophie du bassin entre donc elle-même dans la constitution du raccourcissement.

Cependant, cette subluxation n'existe pas toujours. Sur 11 radiographies, parmi celles que nous possédons, le moignon du trochanter ou du col est manifestement au niveau de la cavité cotyloïde plus ou moins déformée, sans ascension aucune.

D. — RACCOURCISSEMENT RÉEL.

Celui-ci n'a été noté que dans 23 observations.

Etendue....	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de cas. ...	1	3	5	3	4	3	3	0	0	0	1

Le raccourcissement réel moyen est de 3,5 centimètres.

E. — ALLONGEMENT RÉEL.

Dans plusieurs observations, on a noté au cours du traitement post-opératoire après la résection, un allongement atrophique. Dans un seul cas (obs. 64), cet allongement a persisté et atteint 5 centimètres, 3 portant sur le fémur et 2 sur le tibia, chez un coxalgique réséqué il y a onze ans, à l'âge de 3 ans.

F. — VICIATIONS PELVIENNES.

Nous ne voulons pas rappeler ici quelles sont les modifications subies par le bassin, ni discuter à nouveau l'influence de la résection. Nous prions le lecteur de se

reporter aux observations 28, 36, 37, 40, 43, 44, 46, 49, 51 et 55 et, en particulier, aux observations 28, 37, 40, 43 et 51, dans lesquelles le bassin a été utilisé.

On y verra que, là encore, le bassin coxalgique est un bassin oblique ovalaire, plus ou moins rapproché du type de Nægelé et que ce bassin ne commande pas toujours une intervention.

IV. — Résultat fonctionnel.

A. — RACCOURCISSEMENT FONCTIONNEL.

Pour M. A. Broca, on doit entendre par raccourcissement fonctionnel « la distance comprise entre le sol et la plante du pied bien horizontale, la cuisse étant dans l'attitude nécessaire pour que le bassin soit droit, la colonne vertébrale étant rectiligne (1) ».

Nous ne croyons pas que le raccourcissement ainsi mesuré soit bien fonctionnel; qu'il nous soit permis de l'appeler plutôt un raccourcissement d'attitude ou de statique, n'ayant rien à voir avec la fonction du membre (2).

Le raccourcissement fonctionnel est celui qui persiste, malgré les compensations diverses nécessitées par l'attitude plus ou moins vicieuse, lorsque le malade veut utiliser son membre *pour la fonction de la marche*, les deux membres inférieurs devant être pour cela autant que possible parallèles.

(1) Aug. BROCA. — Résection de la hanche chez l'enfant. *Revue d'orthopédie*, 1904.

(2) Voir l'observation 45 du malade, qui a réalisé à son désavantage la définition donnée par M. Broca, (Voir photo planche VII.)

Le raccourcissement fonctionnel ainsi entendu correspond à peu près en pratique au raccourcissement apparent à la vue et à la distance intermalléolaire interne, ou encore à l'épaisseur à donner à la semelle pour que, *dans l'attitude de la marche*, la plante du pied soit horizontale.

Nous avons noté ce raccourcissement dans 41 cas.

Etendue . . .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nombre de cas . .	2	1	2	4	5	0	6	7	3	1	7	0	3

Le raccourcissement fonctionnel moyen est de 6,3 centimètres. Dans la plupart des cas, l'étendue de ce raccourcissement est due à l'attitude vicieuse en adduction, qui oblige le malade à élever le bassin du côté malade.

Cet inconvénient serait considérablement diminué par une ostéotomie sous-trochantérienne. Mais les anciens opérés ont pris l'habitude de leur attitude vicieuse, et ils ont, d'autre part, une certaine répugnance à accepter une nouvelle intervention, à part deux ou trois, que nous sommes arrivé à convaincre, croyons-nous.

B. — CORRECTION ORTHOPÉDIQUE.

Chez 41 des anciens réséqués, la correction du raccourcissement fonctionnel a été faite par eux-mêmes depuis leur sortie de l'hôpital : 1 fois par l'emploi d'un support métallique (obs. 45), 1 fois par l'aide d'une béquille (obs. 35), 3 fois par l'usage d'une canne, 5 fois par un talon ou une semelle plus épaisse, 14 fois par une chaussure orthopédique à talonnette intérieure, de liège,

où le pied est placé en équinisme. Les 17 autres n'ont besoin ou ne se servent d'aucune chaussure spéciale ni d'aucun appui.

C. — CAPACITÉ FONCTIONNELLE (étudiée dans 42 obs.)

Le résultat fonctionnel (marche, course, endurance à la marche, sports possibles), a été *mauvais* dans 4 cas (35, 40, 45, 64); *satisfaisant* dans 7 cas; *bon* dans 18 cas; *excellent* dans 13 cas (obs. 24, 26, 31, 32, 38, 39, 42, 56, 57, 58, 59, 62 et 63) — 5 ou 6 sont des chasseurs pleins d'endurance ou des marcheurs infatigables (obs. 38, 56, 57, 58, 62), — 6 sont des fervents de la bécane.

D. — PROFESSIONS (20 hommes et 12 femmes).

Quelques-uns exercent des métiers pénibles (obs. 41, 42, 56, 62), ou des métiers exigeant la station debout prolongée (3 coiffeurs, 1 garçon de café, 2 cartonniers, 1 typographe, 1 garçon charcutier). Les autres gagnent leur vie dans des professions plus sédentaires (employés de bureau, cordonniers).

Tous, à part un ingénieur sans travail, gagnent leur vie. Aucun n'est à la charge de la société.

Les femmes font les travaux du ménage ou gagnent leur vie comme couturières, blanchisseuses ou ouvrières d'usine. Y a-t-il lieu de dire que la résection ne fait que des infirmes et des estropiés ?

CONCLUSIONS

Dans l'appréciation du traitement de la coxo-tuberculose chez l'enfant, qu'il soit temporisateur à outrance ou interventionniste (par la résection) dans des cas déterminés, seuls, les résultats définitifs, constatés longtemps après, au moins après l'achèvement de la croissance, doivent être pris en considération.

Sur les 66 résections, pratiquées de 1884 à 1901, entre 3 et 15 ans, et dont nous rapportons les observations complétées en 1911, soit au moins dix ans après :

20 p. 100 sont morts des suites mêmes de la coxalgie.

27 p. 100 sont morts de généralisation tuberculeuse.

4 p. 100 sont morts de maladies intercurrentes.

Soit 51 p. 100.

38 ont atteint, et pour la plupart, dépassé l'âge de 20 ans.

32 (presque la moitié, 49 p. 100) sont encore vivants en 1911, leur résection datant de 10 à 27 ans: leur âge moyen actuel étant 25 ans.

La mortalité opératoire a été de 5,5 p. 100. Cinq fois seulement, il y a eu persistance d'une fistule, intermittente dans deux cas. Une fois, récurrence après dix-huit ans de guérison,

Au point de vue orthopédique et fonctionnel, dans les trois quarts des cas, l'ankylose a été obtenue solide ou serrée. Une seule hanche ballante. Les autres ont un appui suffisant.

Le raccourcissement réel moyen est de 3,5 centimètres; fonctionnel moyen de 6,3 centimètres.

Deux réséqués seulement sont des impotents (obs. 35 et 45) et la résection n'en est pas entièrement responsable. Trois ont dû garder l'usage d'une canne.

Tous les autres vont et viennent, gagnent leur vie ou s'occupent de leur ménage; quelques-uns exercent des métiers très pénibles ou exigeant la station debout presque toute la journée. Beaucoup sont de bons marcheurs, quelques-uns infatigables. Plusieurs sont des chasseurs pleins d'endurance. D'autres se livrent au sport de la bicyclette.

Les griefs invoqués contre la résection de la hanche, soit au point de vue vital, soit au point de vue orthopédique ou fonctionnel, nous paraissent donc nettement exagérés.

Et nous réclavons le bénéfice de la résection pour les coxalgies graves, — à suppuration ouverte et infectée, ou à suppuration tenace en rapport avec des séquestres et souvent avec des lésions cotyloïdiennes, — contre lesquelles le traitement temporisateur à outrance reste généralement impuissant, et qui menacent gravement l'existence.

Il ne faut pas la faire trop tard; la résection doit être un pis-aller par rapport au traitement conservateur, c'est entendu, mais elle ne doit pas être le coup de grâce.

Il n'est pas douteux qu'aujourd'hui, — parce que diag-

nostiquée plus tôt et immobilisée plus rigoureusement dès le début — le pronostic de la coxalgie semble s'atténuer.

Malgré tout, il y aura encore des coxalgies graves d'emblée ou mal traitées, pour lesquelles la résection sera souvent le salut, sans être pour cela une mutilation, nous croyons l'avoir prouvé.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PONCET.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 6 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

depuis 1899

- VINCENT Eugène (de Lyon). — Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche (52 cas). Paris, 1895, ou *Archives provinciales de chirurgie* (1894-1895).
- Adduction initiale ou prépondérante, signe de lésion acétabulaire primitive ou prépondérante dans la coxalgie (*Lyon médical*, 1895, pp. 116 et 208).
1899. DELMONT-BELBET. — De l'influence des lésions du cotyle et de l'os iliaque sur la marche de la coxalgie (98 cas de résection de la hanche, par Ménard), thèse Paris.
- MÉNARD. — Technique de la résection de la hanche. *Revue de chirurgie*, 1899.
- MARTY. — Résultats éloignés de la coxalgie au point de vue orthopédique. Thèse de Paris, inspirée par M. Kirmisson.
- Société de Chirurgie de Paris*. — De la résection de la hanche dans la coxalgie. Discussion : Nélaton, Schwartz, Félizet, Kirmisson, Ménard, Delorme.
1900. ROCHET. — Valeur de la voie d'approche antérieure pour certaines résections de la hanche. *Revue de chirurgie*, 1900, t. I, p. 499.
- HALVARENS. — Résection de la hanche par le procédé de Giordano. Résultats. *Annales de la Société belge de chirurgie*.
- BILHAUT. — Résection dans la coxalgie. *Annales de chirurgie et d'orthopédie*.
- CALOT. — Résection dans la coxalgie. *Presse médicale*, 1900.
- CURTIS. — Résection de la hanche datant de sept ans. *Revue d'orthopédie*, 1900, p. 398.
- GOUGIS. — Résection aseptique atypique de la hanche. Thèse Paris, inspirée par Ménard. Bibliographie de la résection jusqu'en juin 1900.
1902. KIRMISSON. — Difformités acquises. Paris, 1902.
- BROCA. — Leçons de chirurgie infantile, 2^e série, Paris, 1902, ou *Revue d'orthopédie*, 1904, p. 135.

- MANNINGER. — Sur les suites du traitement opératoire de la coxalgie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, août 1902.
1903. KARL SCHLICK. — Die operative behandlung der tuberkulösen Coxitis und ihre Enderfolge. Inaugural Dissertation. Bonn, février 1903.
- TAYLOR. — Traitement de la coxalgie. Philadelphie, 1903. Voir *Revue d'orthopédie*, 1903, p. 376.
- GIRAUDET. — Etudes sur les lésions du cotyle et de l'os iliaque au cours de la coxalgie. Thèse Paris, inspirée par Ménard.
1904. TESSON. — Résection de la hanche. *Revue internationale de la tuberculose*.
1906. REINER. — Indikationen zur Resection bei Coxitis. *Zeitschrift. für Orthop. Chir.*
1907. COMMANDEUR. — Deux cas de résection ancienne de la hanche. Résultats fonctionnels dix ans après l'opération. Histoire obstétricale. *Lyon médical*, 1907, t. I, p. 362.
- MÉNARD. — Etude sur la coxalgie. Paris, 1907.
1908. MÉNARD. — Traitement de la suppuration fistuleuse tardive de la coxalgie. Congrès de chirurgie, 1908, p. 870.
1909. VINCENT Eugène. — Notes sur la coxalgie et la résection de la hanche. *Paris chirurgical*, 1909, p. 712.
- DE BEULE (de Gand). — Résection de la hanche suivie de la fixation de l'extrémité supérieure du fémur à la tubérosité ischiatique. Congrès de Bruxelles, 1909. Voir *Journal de chirurgie*, t. III, p. 728.
- MAFFEI et HERMANN. — Indication de la résection de la hanche. Société belge de chirurgie. Voir *Journal de chirurgie*, t. III, p. 727.
- KÖENIG. — La résection de la hanche pour coxo-tuberculose. *Berliner klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 9.
- PALAGI. — Sul valore della resezione coxo-femorale. *Archivio di Orthopedia*, t. XXVI, f. 4-5.
- VIGNARD (de Lyon). — De l'évidement systématique de la tête fémorale et du col avec plombage au Mosetig dans les coxalgies graves. Congrès de chirurgie, Paris, 1909.
1910. VIGNARD. — Des progrès réalisés dans le traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires. Essai critique et thérapeutique. *Revue de chirurgie*, 1910.
- NEUBER (de Kiel). — Sur le traitement de la coxalgie. (Plaidoyer en faveur de la résection.) Congrès de Berlin, 1910.
- DOCHE. — Pronostic et traitement de la coxalgie fistuleuse. *Journal de médecine de Bordeaux*, t. XL, n° 35.

BINET (de Nancy). — La résection dans la coxalgie. *Revue médicale de l'Est*.

ALAPY (de Budapest). — Résultats du traitement conservateur de la coxalgie (122 cas). Voir *Revue d'orthopédie*, 1911, p. 281.

1911. COUDRAY. — Coxo-tuberculose et son traitement. *Revue de chirurgie*, avril 1911.

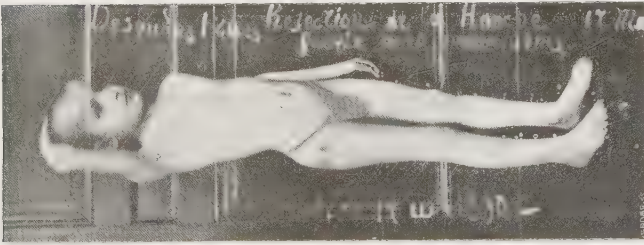
VINCENT Eugène. — Etude critique sur la coxalgie. *Revue de chirurgie*, août 1911.

KIRMISSON. — *Précis de chirurgie infantile*. Masson, Paris, 1911.

GANGOLPHE. — In Arthrites tuberculeuses. *Traité de chirurgie*, Le Dentu, Delbet.

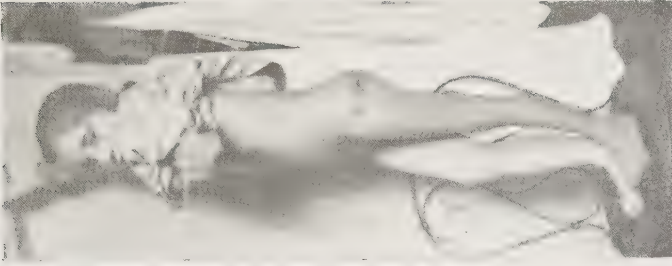
NOVÉ-JOSSERAND. — Indications opératoires dans la coxalgie chez l'enfant. *Paris médical*, décembre 1911.

17350 — Imp. Réunies, Lyon.



Obs. 24. — D...

Résection à l'âge de 11 ans.
Photo 1 an après.
Mouvements conservés.



1 an après.



12 ans après (20 ans).

Obs. 28. — G... — Résection à l'âge de 8 ans.

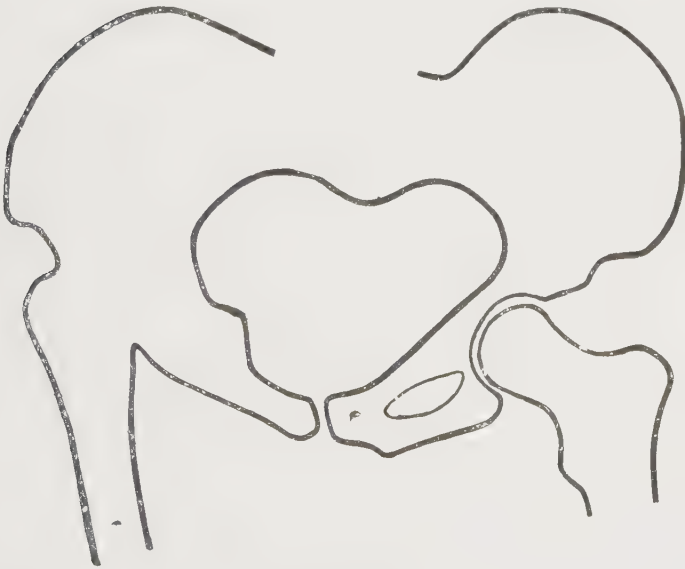


Photo 1 an après



Photo 23 ans après
(29 ans).

Obs. 41. — D... — Résection à l'âge de 6 ans.



Obs. 41. — D... — Radiographie. Schéma.

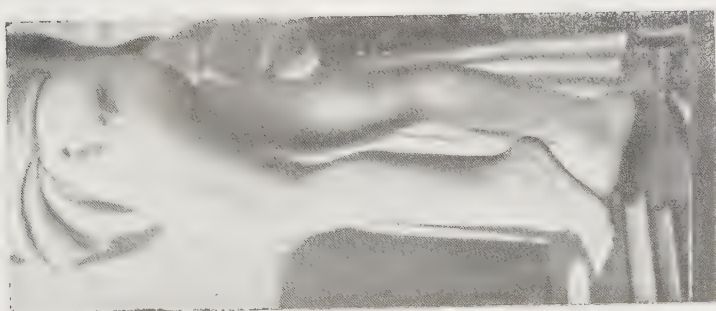


Obs. 40. — B...

Résection à l'âge de 5 ans. Photo 22 ans après (27 ans).



Obs. 40. — Radiogramme redressé du bassin.



O. N. 35. — B...

Résécion à l'âge de 12 ans.
P. : 13-10 ans ap. (s. 22 ans).



(Obs. 38. — D...

Résécion : l'âge de 6 ans. Photo en 1911, 23 ans après (20 ans

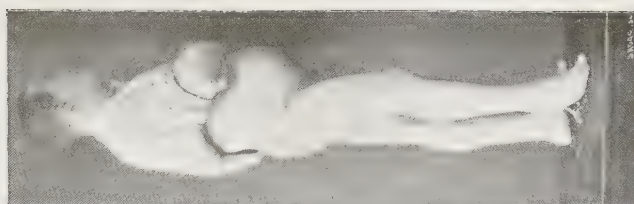


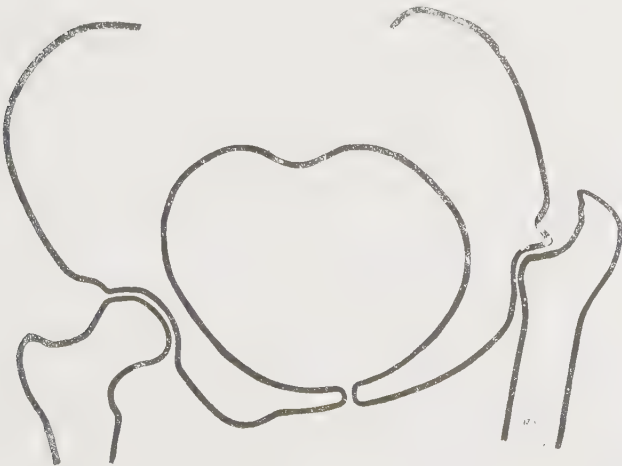


Photo 3 ans après.



Photo 21 ans après¹(27 ans).

Obs. 42. — B... — Résection à l'âge de 6 ans.

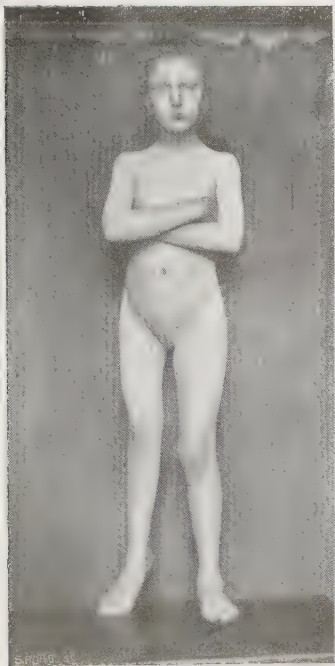


Obs. 43. — F...

Résection à l'âge de 9 ans. Radio-schéma 20 ans après (29 ans).

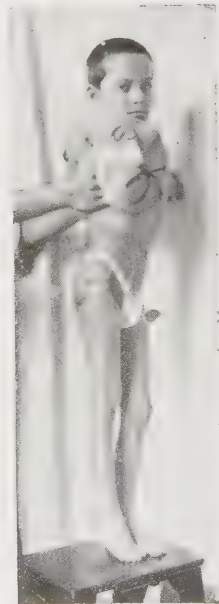


Obs. 46. — C... — Radio en 1914.



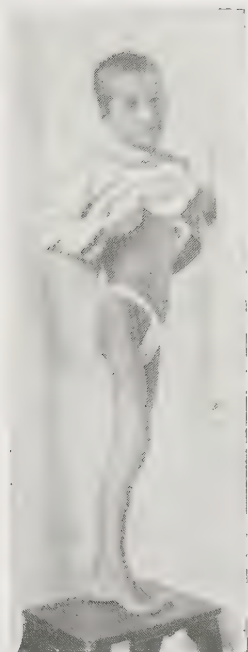
Obs. 47. — D...

Réséction à l'âge de 5 ans.
Photo 7 ans après.



Obs. 48. — C...

Réséction à l'âge de 9 ans.
Photo 10 mois après.



3 ans après.



20 ans après (26 ans).

Obs. 45. — G... — Résection à l'âge de 6 ans.



1 an après.



19 ans après (26 ans).

Obs. 46. — C... — Coxalgie double. Résections en 1892 et 1893, aux âges de 7 et 8 ans.



2 ans 1/2 après.



20 ans après (27 ans).

Obs. 44. — D... - Résection à l'âge de 7 ans.



Obs. 44. — Radiogramme redressé du bassin.



Obs. 50. — O...

Résection à l'âge de 7 ans.
Photo 17 ans après (24 ans).



Obs. 49. — L...

Radió 7 ans après (18 ans).



46 ans après (30 ans).



Radiographie 46 ans après.

Obs. 55. — S... — Résection à l'âge de 14 ans.



Obs. 56. — F...

Résection à l'âge de 43 ans.
Photo 14 ans après (27 ans).



Obs. 57. — M...

Résection à l'âge de 40 ans.
Photo 15 ans après (25 ans).



Obs. 57. — M... — Radiographie 15 ans après.



Obs. 59. — B...

Résection à l'âge de 40 ans. Radiographie 11 mois après.

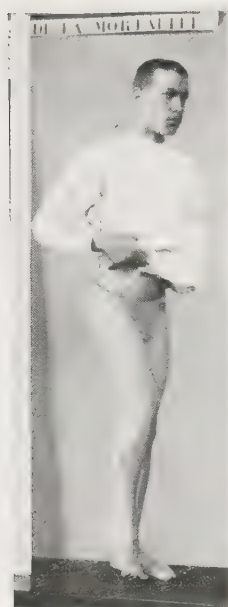


Obs. 59. — B... — Radiographie 10 ans après (20 ans). Schéma.



Obs. 60. — C...

Résection à l'âge de 7 ans.
Photo 13 ans après (20 ans).

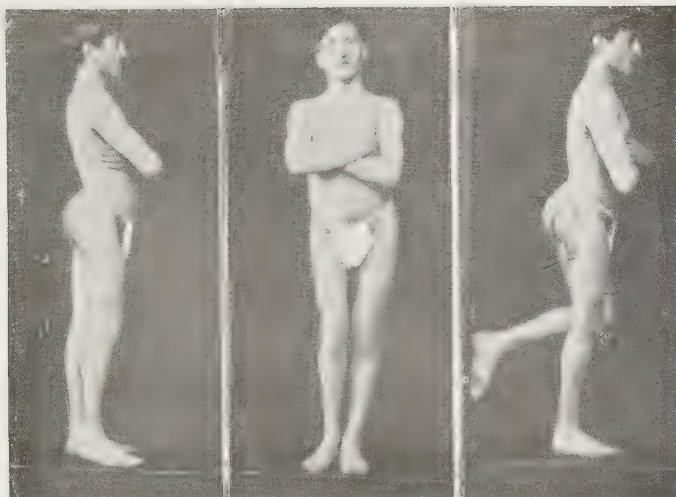


Obs. 61. — T...

Résection à l'âge de 5 ans.
Photo 12 ans après (17 ans).

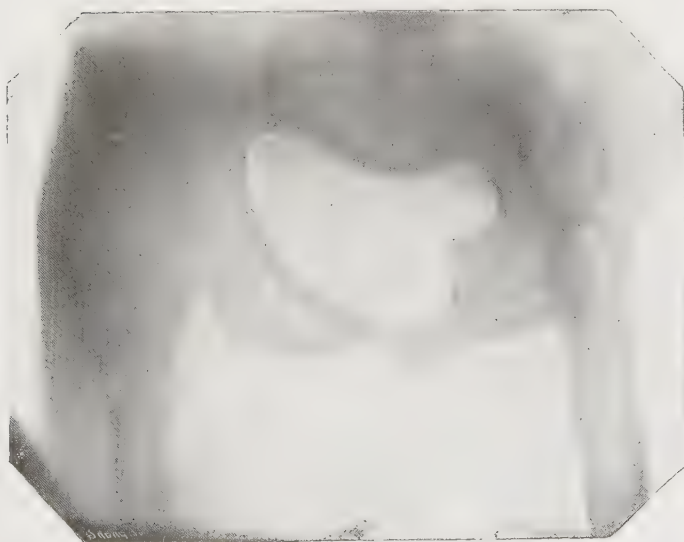


Obs. 60. — C... — Radiographie. Schéma (1911).



Obs. 63. — M.-B.

Resection à Pâge de 7 ans. Photo 12 ans après (19 ans).



M.-B. — Radiographie.



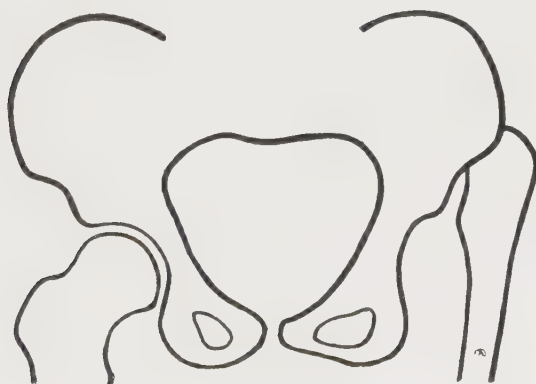
Obs. 64. — B...

Resection à l'âge de 3 ans.
Photo 11 ans après (14 ans).



Obs. 64. — B...

Radiographie 13 mois après. Schéma.



Obs. 64. — B...

Radiographie 11 ans après. Schéma



Obs. 65. — B...

Résection à l'âge de 7 ans.
Photo 11 ans après (18 ans).



Obs. 66. — R...

Résection à l'âge de 8 ans.
Photo 10 ans après (18 ans).



Obs. 65. — B... — Radiographie (1911).

